

Estrategias para amamantar con anquiloglosia

Vamos a hablar de estrategias para cuando no se puede acceder a una frenotomía lingual o cuando los padres están en contra de ella.

Hay cierta confusión acerca de lo que es un frenillo normal y lo que es un frenillo corto.

La mayoría de la gente tiene un trozo de tejido por debajo de la lengua que la une al fondo de la boca, y tiene como objetivo presionar las glándulas salivales cuando movemos la lengua al hablar, así como mantener la humedad de la boca.

Si el frenillo está demasiado tenso tienen problemas para hablar y pueden tener dificultades para hablar rápido. (Comenta que todos conocemos algún caso con estos problemas en la infancia o adolescencia).

En un estudio se analizaron 250 bebés sanos nacidos en un hospital y aproximadamente un 2,5 % de los bebés tienen frenillo de tipo I, que llegaba hasta el extremo de la lengua (iba desde el fondo de la boca hasta la punta de la lengua)

En un 3,5 % de los niños la unión de la lengua era tan tirante que les dificultaba la lactancia. Y en éstos bebés el problema se trataba con una frenotomía y sus dificultades se solucionaban.

Lo que los expertos aseguran es que no se puede juzgar un caso por cómo es un frenillo o lo que parece, sino que se debe analizar que se trate es una estructura normal sin sintomatología de anquiloglosia y solo se recomienda diagnosticar anquiloglosia sistemática cuando los niños lactantes siguen teniendo dificultades después de una consulta de lactancia.

¿Qué es succión normal según Elad 2014?

Elad del departamento de biomecánica de la universidad de Tel Aviv publicó un artículo en el que dice que el bebé usa la parte frontal de la lengua para rodear el pezón y así se agarra a él. Entonces la punta de la lengua funciona como una unidad cuando la mandíbula se mueve hacia abajo, la parte delantera de la lengua se mueve hacia abajo un poco, cuando la mandíbula se mueve hacia arriba, el frente de la lengua se mueve hacia arriba y se aferra a la lengua de esta manera.

Así que primero la mandíbula caerá y la punta de la lengua otra vez se moverá hacia abajo con ella, y como un movimiento de onda, el movimiento hacia abajo progresa desde el frente de la lengua a lo largo de la parte posterior de la lengua.

De nuevo la punta de la lengua se mueve como una onda a lo largo de la parte posterior de la lengua, y la parte delantera de la lengua se mueve hacia abajo y luego una parte más trasera de ella se mueve hacia abajo como una onda.

Como éste movimiento empuja la lengua hacia abajo, la lengua, las mejillas y los labios sellan la boca del bebé, por lo que no puede entrar el aire y la lengua tocando el paladar hace que no pueda escapar aire de la nariz. La presión en la boca baja y eso facilita la seguridad, especialmente aquellas madres que tienen producen una presión mayor de leche que empuja la leche en el pecho. Todo en el universo se mueve de una presión más alta hacia una más baja.

Entonces el bebé coge la leche en el hueco de la lengua y luego chupa con la mandíbula y eso crea presión positiva que empuja la leche hacia la faringe, así tragan de manera segura y controlada.

Cómo sabemos si un bebé tiene frenillo corto.

Esta es una herramienta de cribado que crearon unos doctores en Brasil. Estos doctores tienen esta herramienta y protocolos para hacer pruebas a los bebés de frenillo corto o dificultad para mamar y en otros niños que tienen problemas para tragar. Es un test validado que siguen refinando.

Se conocen pruebas en las que si los bebés son capaces de soltar objetos determinan el problema, por lo que es más fácil y más rápido de hacer, pero este otro método es aún fiable.

Primero miramos al niño en reposo. Si la boca está cerrada, es un resultado normal y son cero puntos. Si la boca está medio abierta o abierta se le da un punto.

Después miramos la lengua del bebé cuando llora. Queremos ver si la lengua está en el medio de la boca o está levantada, en la parte superior de la boca, con toda la lengua levantada. Estas posiciones son de cero puntos.

Lo que no es normal es si los bordes de la lengua están más levantados que el centro de la lengua. Esta posición consigue dos puntos; o si la punta de la lengua está hacia abajo que son dos puntos.

Cuando el bebé levanta la lengua tanto si llora como si estimulas al bebé para que la levante, la punta de la lengua debe tener forma redonda y no con forma de V o de corazón (cuando se ve la lengua doblada hacia adentro).

Después se observa si el frenillo es visible o no, no se contabiliza, solo es una manera para examinar el frenillo y ver la fuerza de su unión con la boca.

El frenillo puede ser visible al levantar la lengua, o no visible. Y si no lo es, si la práctica de una maniobra elevando y empujando hacia atrás la lengua lo hace visible.

También se examina el grosor del frenillo. Si el frenillo es estrecho son cero puntos y si es ancho son dos puntos.

Luego se analiza la unión del frenillo a la lengua. A medio camino entre la punta de la lengua y la parte trasera consigue cero puntos.

Entre el centro de la lengua y el fondo de la lengua son dos puntos.

Desde el fondo de la lengua hasta la punta de la lengua son tres puntos.

Luego se analiza la unión del frenillo al fondo de la boca. Si está detrás de los orificios de las glándulas salivales y se pueden ver los orificios de las glándulas salivales por debajo del tejido de la lengua. Este caso es la situación normal y son 0 puntos.

En algunos bebés con el frenillo corto, cuando intentan levantar la lengua, levantarán también la carúncula sublingual y parecería más grande, por eso parecería que tienen otra pequeña lengua debajo de ella, aunque en realidad es la carúncula sublingual. Si la unión del frenillo con la lengua está delante de la carúncula sublingual en la parte inferior de la cresta alveolar es un punto.

De esta forma de 0 a 4 puntos el frenillo es normal.

De 5 a 6 puntos recomiendan que el bebé vuelva a ser evaluado en un mes.

Si el resultado es de 7 o mayor el frenillo está alterado y significa que el tejido del frenillo es más corto o tiene fibras musculares o ambos.

Cuando tratan un bebé que tiene dificultades para mamar queremos observar al bebé y no juzgar demasiado rápido para observar la completa situación del bebé antes de decidir que le ocurre.

Vamos a mirar a este bebé que tiene muchas dificultades, se puede observar que tiene el frenillo lingual en la mitad de la lengua. En esta foto se ve cuando llora que tiene un frenillo que parece anormal. Pero se puede observar que cuando intenta sacar la lengua, la punta de la lengua no llega a salir y se puede observar que la base de la lengua está muy unido a la base de la boca. Este es un bebé que tiene frenillo corto sintomático y por esta razón tiene dificultades para agarrarse al pecho. Así que intentamos ayudar a estos bebés que tienen dificultades para agarrarse al pecho o chupar leche.

Experiment. Experimento.

Vamos a probar a hacer un experimento. Si puedes conseguir una zanahoria, o algún tipo de comida u objeto suficientemente limpio como para ponerlo en la boca. Me gustaría que podáis experimentar como se siente cuando intentas agarrar con la punta de la lengua y los labios o cuando esta posado en la lengua y usas toda la fuerza para mantener ahí el objeto. Los labios de esta chica están apretados y tensos, también se puede observar que sus mejillas están trabajando y están contraídas y se ve un pequeño hoyo en la mejilla. Solo pasando la zanahoria hacia atrás así que descansa sobre la lengua, sus labios se relajan. Este test es para saber si la lengua puede hacer su trabajo.

Shallow latch & Improvement. Mejorar el agarre para tragar.

Aquí tenemos un bebé mamando y en las dos fotos de la izquierda se puede ver que el bebé abre sus labios, pero tiene dificultades para sacar la lengua así que solo agarra la teta

y se ve como intenta quedarse agarrado, su labio inferior esta doblado hacia adentro en lugar de doblado hacia afuera y está separado del pecho. Todo lo que tuvimos que hacer por este bebé fue conseguir un mejor agarre al pezón. Como se puede ver a la derecha que tiene las mejillas relajadas y están tocando todo el pecho y la cara está mucho más relajada. Para algunos bebés de frenillo corto solo se necesita es proporcionarles un mejor agarre y advertir a su madre que hay que cuidar más al bebé porque al tener el frenillo corto son menos eficientes chupando leche, porque no pueden usar la lengua de manera típica.

Sucking compensations. Compensaciones a la succión.

La lengua no puede moverse del todo e incluso suele usar un movimiento peculiar como deslizarse hacia atrás y hacia adelante o empujarla hacia afuera fuertemente o levantar la parte de atrás de la lengua, o los músculos de las mandíbulas, los labios y las mejillas tienen que hacer más esfuerzo. En la foto se puede ver como el bebé se agarra principalmente con los labios y se observa que la unión de los labios y la boca está muy tensa y el pezón no llega al paladar y le hace ejercer presión con sus mejillas para mantener el pezón dentro de su boca.

Compensations are less efficient. Compensaciones menos eficientes.

Cualquier movimiento compensatorio va a ser menos eficiente que el movimiento natural que se supone que debemos usar. Esos movimientos ondulantes de la lengua están impedidos cuando se tiene el frenillo corto (sintomático).

La mitad de los bebés que iban a la clínica del Dr. David necesitaban una frenotomía cuando tenían un frenillo con movimiento restrictivo. Muchos investigadores piensan lo mismo antes de tener alguna prueba de ello.

Cuando el agarre del pezón es poco profundo, y para agarrarse el bebé tiene que sacar la lengua y agarrar así el pecho, para después meter la lengua hacia adentro. Si la lengua no sale bien hacia afuera, el bebé no puede agarrar tanto pecho. Para esto vamos a ver unos trucos para favorecer el agarre del bebé al pezón, para darles más estabilidad y facilitar que su cara se relaje y favorecer que la lengua haga tanto trabajo como sea posible. Estos movimientos compensatorios no mueven tanta leche. Como se puede ver en la aplicación pediátrica de Geddes que observaron con ultrasonidos y vieron el movimiento de la lengua de los bebés. Estos bebés no tragan la leche de manera tan segura como los demás y cuando mantienen la leche en la boca hasta que están listos para tragar no pueden pasar bien la leche a la parte de atrás de la boca. Esto puede producir que la leche pase a la tráquea y aspiren la leche hacia los pulmones.

Las compensaciones no son una buena manera de mantener las funciones de la lengua cuando el niño crezca, como hablar y comer.

Cuando usamos movimientos compensatorios trabajamos mucho más de lo que deberíamos. Al pensar acerca de comer un plato de sopa usando una cucharita de café, es un esfuerzo mucho mayor el levantar la cuchara una y otra vez. Estos movimientos hacen

que sea muy cansado para el bebé y hace que la lengua y la mandíbula tiemble y que el bebé no tome suficiente leche para crecer.

[Nipple wounds from sucking compensations. Heridas en los pezones provocadas por los compensadores.](#)

Los bebés también pueden hacer daño a su madre. Si miráis el pecho de la izquierda se puede ver una pequeña vejiga de sangre que se debe a que el bebé presiona demasiado para sobrellevar la falta de habilidad para mover la lengua, causando una lesión en el pezón y hinchazón en el pecho porque la encía superior debería estar un poco más alejada.

El pecho de la derecha está curándose de una infección, con zonas inflamadas y con falta de piel. Necesitó medicación y parar de amamantar durante un tiempo y tuvieron que alimentar al bebé de manera que aprendiera a comer y a usar la lengua de manera distinta.

[Poor feeding increases risk of hyperbilirubinemia. La alimentación pobre incrementa el riesgo de hiperbilirrubenia.](#)

Se ven más casos de hiperbilirrubinemia o ictericia en bebés con frenillo corto. Aquí tenemos un ejemplo en el que se ve el frenillo tenso del bebé y como levanta parcialmente los bordes de la lengua en lugar de levantarla completamente. también se puede observar en los ojos que tiene ictericia.

[Failure to thrive associated with tongue tie, baby gained well after frenotomy. Fallo en el desarrollo asociado al frenillo corto, consigue recuperarse bien tras la frenotomía.](#)

Aquí tenemos un bebé que no se desarrollaba normalmente y gracias a la frenotomía aumentó de peso muy bien. Normalmente les llevará unos días empezar a ganar peso normalmente y después el aumento de peso será progresivamente más rápido hasta que lleguen al peso en el que deben estar.

[Failure to thrive infant. Fallo en el desarrollo del niño.](#)

Aquí está la lengua del bebé, que era poco activa, aunque podía sacar un poco la lengua, pero se ve como la punta de la lengua se dobla hacia adentro cuando intenta levantarla, y podía sacar parte de la lengua por encima de las encías, confundiendo así a los médicos. Este fue un caso de frenotomía que salió muy bien para el bebé.

[Early breastfeeding frequency and efficiency drive milk support. Frecuencia temprana de amamantar y eficiencia para proporcionar leche.](#)

El gran problema del frenillo corto es que, si el bebé tiene una menor eficiencia de chupado o éste es más débil, o hace daño a la madre no tiene suficiente leche para el bebé va a tener dificultades para fabricar suficiente leche. La cantidad de leche que una madre fabrica lo determina el cuerpo muy pronto. las madres que alimentan al bebé en las dos

primeras horas después del nacimiento las producen un 54% más de leche en el cuarto día de vida del bebé, más que las madres que empezaron a amamantar más tarde. El estudio de Bystrova también evidencia que en las madres primerizas cuanto más leche succiona el bebé, mas leche producirán.

Chen y otros investigadores descubrieron una situación similar en la que las madres que tenían su segundo o tercer bebé, cuantas más veces los amamantaban, más leche producían.

Así que es muy importante sacar mucha leche en los primeros días para establecer una buena curva de lactancia (como la llaman en la industria lechera). La producción de leche materna crece muy rápido y cuanto más rápido crezca la producción, más tiempo permanecerá la producción tal y como la necesita el bebé. Todavía estamos aprendiendo acerca del pobre crecimiento de la producción de leche por parte de la madre en los primeros días.

Cuando ocurre el caso de que queda leche dentro del pecho, muchos de los componentes de la leche y la presión dentro del pecho provocan que las células que producen la leche mueran. Así que el hecho de que quede leche dentro del pecho es una mala situación para los primeros días en los que el cuerpo determina que cantidad de leche se produce. La estimulación con medicación de la prolactina en algunas madres ayudó a la producción de leche y a la recuperación de la producción normal. En este estudio (Mammary-derived signals activate programmed cell death during the first stage of mammary gland involution) si se bloqueaban los conductos de las glándulas mamarias de la madre de forma que la leche no podía salir, pero permitiendo que el niño aun pudiera chupar, las células productoras de leche morían, pero el tejido mamario no enfermaba, de manera que siempre era posible reconstruir el suministro de leche si el tejido no está totalmente destruido. Hablando en sentido figurativo, si prescindimos de esas células, si las despedimos, podemos contratar nuevas células para hacer el trabajo de producción de leche. Probablemente les llevara algo de tiempo conseguir la misma producción, pero si destruimos la fábrica, tendremos que construirla entera desde el principio. Por lo tanto, se tendrá que inducir la lactancia. Esta es información importante y de nuevo el efecto de chupar fue suficiente para prevenir que las glándulas mamarias llegaran a una situación irreversible de involución.

Scheduled feedings. Horarios de las tomas.

Aquí tenemos otro bebé en el que se puede apreciar en la foto de la derecha que tiene el frenillo corto. En la foto de la derecha se ve como no tiene nada de grasa subcutánea, tiene solo tres semanas y está unos 225 o 250 gramos por debajo de su peso. Su madre había leído un libro en el que explicaba que debía amamantar a su bebe cada tres horas independientemente de lo que llorara y pensó que era muy bueno porque se adaptó muy bien a los horarios y sólo dormía entre tomas. Cada vez se alimentaba peor, por esto los bebés con frenillo corto son vulnerables cuando tratamos de planear las tomas, y especialmente las más restrictivas.

Las mamás y bebés a los que les va bien desde el principio y las madres que tienen buena producción de leche pueden ser capaces de evitar tener que planear las tomas. Para los bebés con frenillo corto el planear las tomas no funciona porque su alimentación no es tan eficiente.

Breast wounds from tongue-tie. Heridas en el pecho debidas al anquiloglosia.

Aquí tenemos heridas de en los pechos debidas al frenillo corto. En la foto de la derecha la herida se produjo por el deslizamiento continuo de la lengua del bebé de dentro a afuera, por encima del pezón de su madre.

La herida de fricción que ocupa todo el pezón de la foto de la derecha era muy dolorosa y se formaron también abscesos, cuando se forma pus en el pecho.

Maternal effects. Efectos sobre la madre.

Cuando se forma pus en el pezón el pecho está como ondulado. Además, normalmente tienen una zona más pálida, rodeada de una zona muy roja, y la más pálida es más suave al tacto, y el área de alrededor está muy dura. Los abscesos pueden hacerse cada vez más grandes y producen presión en el tejido de producción de leche y pueden destruirlo, lo que puede hacer imposible que el bebé pueda seguir alimentándose de este pecho, así que es mejor intentar evitar que esto pase. Si la madre tiene un absceso es muy importante que siga sacándose leche y que se elimine el pus del absceso. Se puede llevar a cabo haciendo una pequeña incisión en el pecho o bien usando una aguja y quitando parte del pus, también se necesita hacer una aspiración con una aguja diariamente o al menos frecuentemente porque previene la necesidad de la extirpación de la mama. Si se hace una incisión y se drena, el pecho puede que no se recupere y no se produzca una buena salida de la leche. Cuanta más leche se saca la madre o da de mamar, más leche saldrá a través del pezón y menos quedará en la herida, así que ésta se curará antes. Si la herida está muy próxima al pezón y es preocupante que el pus pase del absceso a la leche la madre, se puede usar un vendaje que evitara que el pus pase a la leche mientras sigue amamantando al bebé o sacándose la leche.

La producción de leche disminuye cuando existe mastitis. El pecho se protege a sí mismo, las células de producción de leche menguan lo que permite al sistema inmune enviar anticuerpos al pecho, para proteger el pecho y proteger también al bebé. Esas células crecerán y producirán leche de nuevo si mantenemos la demanda de leche. Así que mantener al niño chupando o seguir sacando leche ayudará a la reconstrucción de las células de producción de leche después de una mastitis. Si la madre tiene mucho dolor y los abscesos son muy dolorosos debería llegar a sentirse resentida hacia el niño o sentirse deprimida, lo cual es preocupante.

Maternal hormone issues. Problemas de hormonas maternas.

Cuando el amamantamiento va bien, el proceso de amamantar previene la depresión, pero si funciona de manera pobre, la madre puede sentir que está fallando y esto puede

provocar riesgo de depresión. Si la madre deja de dar el pecho pierde todas las protecciones naturales contra la diabetes tipo 2, cáncer de mama o de ovario, osteoporosis y fracturas de cadera en edades más tardías debidas a la pérdida de masa ósea. Todo esto significa que amamantar protege a las madres contra todos estos problemas. Perderá ésta protección contra dichos problemas si deja de amamantar al bebé.

Myths: it will tear on its own (se rasgará por sí mismo)

Existen muchos mitos acerca de los bebés con frenillo corto. Supe de dos bebés que tenían frenillo corto en 25 años como consultora de lactancia certificada, este bebé es uno de ellos, aunque aún tiene una lengua con pocas funciones. El otro bebé supongo que los padres dijeron que pasó simplemente porque no quisieron considerar el tratamiento y no sabían que simplemente podían rechazar el tratamiento sin más.

Mythis: it will stretch as she grows (se estirará a medida que crezca)

Desaparecerá para cuando sea adulta. Lo que ocurre es que cuando los dientes crecen, esconden el frenillo. Como se puede ver este bebé no tiene más elevación de los dientes a los 9 meses que la que tenía a las tres semanas. Como se puede ver tiene los dientes inclinados hacia la lengua y esto es otro signo de frenillo corto.

Not a problem. ¿No es un problema?

O simplemente no se comentó con nadie el problema. Aquí tenemos un abuelo con frenillo corto y el pecho de su madre herido. Por alguna razón solo dañó uno de los pechos. A veces pasa esto por las diferencias en los pezones u otros factores que afecta a como los bebés solo toman leche de uno de los pechos, aunque esto no es nada nuevo.

Myth tongue tie is harmless. Mito: la anquiloglosia es inofensiva.

Puede producir problemas en la boca, puede estar asociado al reflujo gastrointestinal, como se puede ver esta madre tiene los dientes rectos, pero tiene el paladar superior muy elevado y tiene reflujo gastrointestinal crónico que posiblemente este asociado según Siegal al frenillo corto, mejorando ésta situación después de tratarla.

La fuerza constante que tira de los dientes hacia dentro también puede provocar que las encías también se desplacen hacia adentro y hacer que los dientes inferiores sean más inestables y que se puedan perder alguno de los dientes inferiores.

Tongue tie inhibits normal development of the hard palate. La anquiloglosia inhibe el normal desarrollo del paladar duro.

El paladar duro está normalmente alargado por la lengua. La lengua normalmente presiona el paladar óseo hacia los lados para hacer sitio para que los dientes salgan como se ve este bebé tiene un buen arco dental. El otro bebé (el de la derecha) solo puede

levantar la lengua un poco y por eso su paladar tiene esta apariencia y esto hace que el conducto nasal estrecho.

High-arched and bubble palate resulting from tongue tie. Paladar alto y abombado resultado de la anquiloglosia.

Esto puede estar asociado a apnea del sueño. El doctor Brian Palmerdds tiene mucha información en su página web sobre el tema. Estos bebés de las fotos tienen el frenillo corto y unos paladares muy altos.

Palate spontaneously broadened after frenotomy. El paladar se ensancha espontáneamente después de la frenotomía.

Todavía no se ha seguido sistemáticamente este asunto, pero este es un bebé al que se le practicó una frenotomía cuando tenía 3 semanas, su paladar era bastante estrecho y en esta foto, cuatro semanas después le pude ver de nuevo porque la madre desarrolló más leche y tuvimos que calmar su suministro de leche. Era un bebé que tomaba suficiente leche a pesar de su frenillo corto, pero le hacía daño así que la operaron. Se puede ver como ahora sus labios están más relajados no necesita que se la sujete fuertemente con sus labios en el pecho de su madre, así que sus labios se curaron y su paladar se expandió. Este sería un interesante estudio, el medir y fotografiar paladares antes y después de las frenotomías.

This child breastfed (inefficiently) but had speech articulation difficulties and sleep apnea. Este niño amamantado (ineficientemente) tuvo dificultades para hablar y apnea.

Este es un niño que pudo ser amamantado, pero se puede ver que a los 11 años tuvo apnea de sueño, y un paladar muy estrecho y una dentición abarrotada. Sus dientes definitivos están tratando de salir y están adelantando a los dientes primarios, así que necesitó una frenotomía y amigdalotomía de emergencia para que pudiera dormir con la boca cerrada. Así se expandió el maxilar y se formó hueco para que salieran los dientes. Solo porque un niño pueda mamar no significa que vaya a poder hablar bien y solo porque el niño tenga dificultades para mamar no significa que vaya a tener dificultades para hablar.

La gente puede forzar los labios, los músculos del cuerpo de la lengua o la mandíbula para hacer sonidos al hablar que su lengua no puede hacer. Es muy interesante como pueden adaptarse las personas.

Elasticity-most important. Elasticidad, lo más importante.

No desalentéis a las madres, si el bebé tiene el frenillo corto no le digas que es totalmente imposible que pueda mamar o que si no se trata el frenillo corto el niño seguramente tendrá problemas de habla, no se sabe nada del tema, todavía se están descubriendo cosas.

La cosa más importante del frenillo es lo tirante que está. Este bebe se pudo amamantar después de que hiciéramos aumentar la producción de leche de su madre. No pudo estimular la producción de leche en etapas tempranas, el bebé perdió mucho peso, y estaba débil y no se alimentaba bien. Así que se necesita ayudar a estos niños a suplementar y mejorar su manera de chupar lo cual ayuda a la madre a producir mas leche, porque el niño empieza a chupar de manera más efectiva. Es bueno mejorar la elasticidad, con una banda elástica que sujete el brazo hacia el pecho.

Comorbidities. Enfermedades adicionales.

Algunos bebés tienen muchas dificultades si tienen otras condiciones además del frenillo corto.

Bebés que tienen problemas con sus vías aéreas como laringomalacia cuando la epiglotis desciende cuando el niño inspira; la traqueomalacia cuando los anillos cartilagosos son débiles y se colapsan cuando el niño expira; o efectos cardiacos como cuando la sangre no oxigenada no se mezcla con la sangre oxigenada y los tejidos del bebé no reciben suficiente oxígeno, lo que les dará muchos problemas si tienen también el frenillo corto, porque todas estas condiciones hacen que el niño se canse más rápido. También necesitará respirar más rápidamente para conseguir suficiente oxígeno si tienen alguna condición cardiaca o respiratoria. Lo cual les da menos tiempo para tragar de manera segura por el ciclo respiratorio. Normalmente inspiramos, tragamos y expiramos, pero si respiras demasiado rápido puede que no haya suficiente tiempo para tragar completamente antes de tomar aire de nuevo. Si hay algún líquido en las vías aéreas cuando inspiras, puede entrar líquido en las vías aéreas. Cuando tenemos un bebé con riesgo de aspirar o bien mucha cantidad o bien pequeñas cantidades (micro aspiraciones) debemos ser más cuidadosos con ellos.

Nipple at philtrum, chin to breast. El pezón al surco nasobucal, la barbilla al pecho.

Vamos a hablar de algunas formas de ayudar a bebés con frenillo corto para vigilarles. Cuando los niños se acercan al pecho por si mismos esperan darse de cara o presionan la barbilla contra el pecho y ponen el pezón en el surco naso bucal, eso provoca que el niño abra la boca y eche la cabeza hacia atrás lo que hace que la lengua se acerque al pecho.

Gape. Mirar boquiabierto

Este es un bebé con frenillo corto y no se puede ver la lengua. Va a tener que hacer un esfuerzo para sacarla.

Tongue to breast. Lengua al pecho

Aquí ya pudo sacar la lengua, lo que hace que el bebé abra más la boca y acerque su cara para agarrar el pecho.

Baby moves to breast during oral gasp. El bebé se mueve hacia el pecho cuando respiran por laboca.

Aquí el bebé mueve la cara hacia el pecho. Este bebé se está presionando muy fuerte contra el pecho. Muchos bebés hacen ese pequeño saltito como acoplándose al pecho. Y es bueno dejarles hacer eso porque así les dejamos terminar de llenar la boca de esta manera.

Give baby more time to organize tongue movements. Dar al bebé más tiempo para organizar sus movimientos de la boca.

Cuando un bebé tiene el frenillo corto una de las cosas que podemos hacer es simplemente darles más tiempo. Así puede mover la lengua y organizar su movimiento. La mamá de esta tumbada de lado y le está dejando a su aire para que pueda mover su lengua hacia abajo un poco más así que puede meterse todo el pecho en la boca.

Let gravity help. Dejar que gravedad actúe.

Podemos dejar que la gravedad actúe con ciertas posiciones, pero especialmente que la madre esté cómoda y dejar que la gravedad haga que el niño se agarre hacia el pecho lo cual ayuda al niño a que se ponga el pecho en la boca.

Defining a mouthful by tilting the nipple away. Mejorar el agarre levantando el pezón.

Hay otras cosas que podemos hacer para dar forma al pecho para que sea más fácil para el niño dar tragos. Rebecca Gover enseña a las madres a inclinar el pezón con un dedo, apartado de la cara del bebé y esto ayuda al pezón a sobresalir. cuando el bebé se acerca al pecho puede usar ese dedo para presionar un poco más del pecho. Si el bebé puede hacer esto sin que la madre presione dejaremos que lo haga el por sí solo. Sólo haremos esfuerzos para ayudar al bebé cuando necesiten esta ayuda. Dejaremos al bebé hacer todo lo que él pueda.

Me gustaría enseñaros unas fotos que sacamos de un vídeo de un bebé que usa la técnica de poner el pezón en el surco naso labial. La madre solo usa un dedo para hacer subir el pezón y el niño pueda llenar bien la boca y dar buenos tragos. El pezón esta en el surco naso labial, los labios del bebé se pegan al pecho por debajo del pezón, lo que hace que el bebé abra la boca y se agarra al pecho

Denting the breast to define a mouthful. Doblar el pecho para mejorar el agarre.

Otra cosa que podemos hacer es doblar el pecho cerca de la areola sin ponernos por delante del bebé, para que agarre bien el pecho con toda la boca. Esta mamá está usando un dedo para que el bebé se agarre bien, la madre deja el dedo ahí por unos segundos más hasta que el bebé esta chupando bien y luego sólo tiene que apartar el dedo muy despacio

para que cuando el pecho cambie de forma no lo haga de manera abrupta y el bebé permanezca agarrado.

Aquí hay otro bebé y otra madre haciendo este agarre usando el dedo, de manera un poco diferente, sujetando el bebé muy cerca de ella.

Sidelying with head extension. Tumbarse de lado con la cabeza extendida.

Otra cosa que podemos hacer con los bebés con frenillo corto es ponerles tumbados de lado y mover el bebé hacia la madre muy suavemente dejando que el bebé incline la cabeza hacia atrás un poco más cuando se acerque al pecho lo que facilita que la lengua se mueva más.

Clutch (football) hold. Abrazo (sujeción) como un balón de fútbol americano.

Lo mismo ocurre cuando agarramos al bebé como un balón de fútbol americano. Agarrando al bebé de lado hacia la madre también ayuda al bebé a agarrar más pecho.

Assess milk transfer. Evaluar la transferencia de leche.

Vamos a ver como el niño absorbe leche (os enseñare un video) si el bebé chupa muy rápido, como dos veces por segundo, al niño le llega poca leche. Si chupa despacio y profundamente, como una vez por segundo, parando la mandíbula, en este momento la lengua se desplaza de atrás a adelante haciendo presión negativa.

(1:39:22) Se ve en el video como el niño tragó dos veces cuando la mandíbula bajó lentamente y chupó mucho para dos tragos, así que es muy poca transferencia de leche, así que debemos vigilar al bebé.

Es normal que los bebés hagan esto muy rápido no habiendo chupado suficiente leche cuando todavía están empezando y estimulando la leche a salir. En ese momento que chupen así es normal, hacia el final de la toma. Pero realmente es necesario que el niño se tome su tiempo para chupar y para tragar.

Sublingual pressure (traction toward breast, supports tongue). Presión sublingual (tracción hacia el pecho, sujeción de la lengua)

Otra cosa que podemos hacer si el bebé chupa débilmente es darle algo de apoyo en los músculos de debajo de la lengua que son responsables de esos movimientos de onda de la lengua. Si tocas debajo de tu mandíbula inferior puedes poner el pulgar detrás de la mandíbula, si presionas hacia arriba hacia la boca con el pulgar en este punto sentirás los músculos sublinguales sentirás algo de apoyo ahí, si hacemos esto para el bebé movemos la lengua hacia su barbilla, le damos tracción a la lengua y esto puede hacer que el bebé chupe algo más fuerte. Si no conseguimos que el bebé chupe mejor de esta manera, es mejor dejar de intentarlo, con un poco de ayuda para el bebé tiene que funcionar, pero si no lo hace deja de hacerlo.

Supplement at breast. Complementar el pecho

Hablamos muy brevemente acerca de complementar en el pecho. Hay muchas razones para hacerlo. Bebés que usan compensaciones que consiguen flujos tan pequeños de leche presionan mucho más fuerte agarrándose al pecho con las mandíbulas, las mejillas y los labios y eso le puede hacer mucho daño a la madre, lesionar los pezones y hacer muy incómodo para la madre dar el pecho.

Dándole al bebé más flujo va a reducir la presión que hace contra el pecho. Si la succión del bebe es débil, dándole un suplemento, se les proporcionará una mayor recompensa al proceso de chupado, y les facilitará el que hagan más esfuerzo para alimentarse y les gustará más mamar.

Tenemos jeringas con un tubo en ella, que se usan para alimentar bebes prematuros, funcionan bien para este tipo de alimentación. También podemos poner el tubo dentro de un biberón o en una taza o en cualquier recipiente limpio. una de mis clientas usó un recipiente especial estéril, era ideal porque era limpio, estéril y seguro. Esta mamá uso este de la marca Medela con dos tubos para poder dar de mamar a sus gemelos.

Alternative feeding. Amamantamiento alternativo

A veces la madre necesita dar de comer al bebé sin el pecho temporalmente, porque sus pezones están lesionados. Darles de comer con una taza es ideal para que usen el método de agarrar o sorber con la lengua, en lugar del método de verter (en el que se vierte la leche en la boca del bebé y esperamos a que trague)

En el método de sorber y agarrar le ponemos la leche en los labios y el bebé saca la lengua y coge la leche con la lengua. Eso le permite al bebe trabajar la lengua.

Inexpensive lactation aid. Ayuda barata para la lactancia.

Se puede usar el recolector de lactancia (de tipo mariposa), se corta la mariposa y se usa el tubo limpio en la botella, en la copa o bol.

Si el bebé presenta succión débil hay que mantener el recipiente en alto para permitir que la gravedad haga caer la leche. Si el bebé succiona normalmente hay que mantener el recipiente a la altura del pezón. Si estamos intentando que el bebé aprenda a succionar con más fuerza, hay que mantener el recipiente un poco más abajo para hacer al bebé trabajar más intensamente. No queremos que el bebé trabaje más intensamente cuando no es capaz de hacerlo, es importante recordar que la primera norma de consulta de lactancia es alimentar al bebé.

Lo que se pretende es que el bebé trague en cada succión, es importante escuchar un sonido “cuh” bajo, en lugar de “glug” que indica que el bebé está teniendo problemas para mamar porque les llega poca leche.

If baby needs maximum help. Si el bebé necesita mucha ayuda

Algunos bebés tienen una succión muy débil, bien porque su frenillo es muy tirante o bien porque nadie se ha dado cuenta de que no se está alimentando correctamente (reciben poca leche), necesitarán mucha ayuda. Esta madre está utilizando un tubo con jeringuilla (ignora el sacaleches, solo lo usa para captar la leche de ese pecho mientras el bebé se alimenta del otro). La madre presiona la jeringuilla para que salga un pequeño flujo de leche cada vez que el bebé succiona. Esto puede resultar muy útil cuando el bebé tiene una succión débil.

Latching to a tube. Cómo agarrarse con el tubo

Muchas de las sondas que hay en el mercado tienen un tubo que baja por delante del pecho o por encima de donde el bebé se va a agarrar. Si ponemos el tubo justo donde la lengua va a tocar el pecho, se incrementa las posibilidades de que el tubo acabará entrando en la boca del bebé.

Vamos a verlo en cámara lenta (1:47:50): (éste es un bebé que no tiene anquiloglosia, es un bebé con síndrome de Down). Se ve como el bebé va hacia el pecho toca con la punta de la lengua el tubo y el pecho, y se agarra al pecho. Con esto se consigue que a la boca del bebé llegue leche tanto del pecho como del tubo y se puede ver como la leche fluye por el tubo mientras el bebé se alimenta. Este es uno de los métodos que podemos utilizar para que tanto el bebé como la madre se sientan menos frustrados cuando tienen que usar un tubo. No está mal usar el tubo de otras formas, es un truco que me gusta dar.

Re-calibrate milk production. “Power Pumping” Protocol. Recalibrar la producción de leche. Protocolo “Bombeo fuerte”

También queremos ayudar a la madre a mantener la producción de leche si el bebé no está mamando correctamente. Podemos usar el protocolo de bombeo de potencia para potenciar la producción de leche. Si el bebé no se está alimentando correctamente se puede usar el sacaleches muy frecuentemente. Si el bebé o la madre están hospitalizados, o el bebé es prematuro, ésta es una buena técnica para incrementar la producción de leche. Hay que mantener la leche almacenada, usar el sacaleches manteniendo medidas de higiene.

Hay que hacer extracciones tan a menudo como sea posible, durante 10 minutos o tres eyecciones de leche o mientras la madre pueda.

Para bebés sanos se puede lavar el sacaleches cada 4-6 horas, o se puede cubrir con una toalla limpia o meterlo entero en la nevera. Si el bebé está sano se puede usar el sacaleches más continuamente, haciendo que se incremente la producción. Si el bebé es vulnerable es mejor lavar el sacaleches cada vez que se utilice.

Por la noche, hay que extraer la leche cuando el bebé esté despierto, al menos una vez. Hay que intentar dormir una siesta por la tarde.

Se espera un incremento de la producción de leche en 2 o 3 días.

Es una buena técnica para el fin de semana (si tiene ayuda familiar) es un momento perfecto para que la madre utilice esta técnica. O si el bebé se está alimentando decentemente, se puede usar el sacaleches justo después de cada toma.

Or express after bf. O extraer después de cada toma

Hacer un suave masaje en el pecho simultáneamente mientras se está extrayendo leche de ambos pechos a la vez (según Jones). La extracción manual funciona mejor en los primeros días del post parto. El extractor es útil cuando, en partos múltiples, los bebés están separados.

Cuando queda muy poca leche en el pecho, la extracción manual funciona mejor que la bomba porque extraer la leche mediante bomba es más dependiente de la eyección de leche, que en la extracción manual. Se obtiene más leche cuando la madre tiene eyecciones de leche, pero también se puede presionar manualmente.

Galactogues. Sustancias galactógenas

Muchas culturas tienen alimentos especiales para madres que están dando el pecho, y ciertamente no va a desalentar a las madres a que usen esos alimentos que culturalmente se recomiendan para madres que dan el pecho porque hacen que las madres establezcan ese periodo como parte importante de sus vidas.

Hay muchos suplementos basados en plantas que estimulan la producción de leche llamadas galactógenas, no hay muchas evidencias experimentales acerca de estos suplementos, la Comisión E alemana es una buena fuente de información que explica que son estos suplementos, además certifican herboristas que hacen estudios de plantas medicinales y pueden dar buena información. Es importante usar estos suplementos cuando están abalados con conocimientos expertos en plantas medicinales.

Las sustancias farmacéuticas galactógenas, que incluyen metoclopramide y domperidone (este último más seguro porque no cruza la barrera hematoencefálica, ya que en dosis altas puede provocar arritmias cardiacas prolongando el intervalo QT). Si la madre consume otros medicamentos que con efectos parecidos se necesita ser cauteloso y mantener la dosis por debajo de 10 mg tres veces al día. Hay varios estudios que demuestran que no es necesaria una dosis muy alta, las dosis bajas funcionan muy bien.

Sucking and swallowing problems. Problemas para succionar y tragar.

Algunos bebés con anquiloglosia tienen dificultades para succionar y tragar. Una forma de comprobar cómo succiona el bebé es hacer una prueba con el dedo, esto puede darnos una idea de cómo succiona cuando está mamando. Recuerda que el bebé siga usando mucha presión hasta que comience a recibir flujo de leche, así que debes introducir el dedo en leche extraída o poner leche en la punta del dedo mientras el bebé succiona entenderemos cómo es realmente la succión del bebé. La succión tiende a ser diferente antes y después de la eyección de leche.

Para saber cómo traga el bebé se puede escuchar con un pequeño estetoscopio debajo de la barbilla del bebé, o también hay algunas pruebas como VFSE (videofluoroscopic swallowing exam) videofluoroscopia de la deglución o una FEES (Fiber-Optic Endoscopic Swallowing) evaluación fibroscópica de deglución.

Muchos equipos, como el del doctor Nikki Mills en nueva Zelanda están usando la técnica FEES incluso en bebés sin problemas para alimentarse. Ésta técnica es interesante ya que se puede hacer mientras el bebé está mamando, porque la prueba del VFSE se realiza en una posición extraña, ya que hay que hacerla cuando el bebé está mamando, y esto implica someter a la madre y al bebé a radiación.

Swallowing problems. Problemas al tragar.

(1:55:43) En el vídeo vemos como el bebé traga muy deprisa y tiene problemas para conseguir un buen flujo. Se puede ver como el bebé no para de mamar para tomar un pequeño respiro, normalmente los bebés succionan 20 o 30 veces y luego hacen una pausa de entre 2 a 5 segundos y así sucesivamente. La incapacidad para parar a respirar es muy estresante y he probado que muchos bebés con anquiloglosia tienen este problema que se soluciona inmediatamente tras la frenotomía.

Handling dysphagia. Manejo de la disfagia.

Hay formas de ayudar a los bebés cuando no pueden someterse a la operación, pero es difícil en bebés con anquiloglosia.

Los bebés con disfagia parece que se ahogan con un flujo normal y rechazarán alimentarse si el flujo de leche es muy rápido. Hay algunas posiciones que se pueden probar para que el flujo sea correcto.

Semi-prone feeding. Amamantar al bebé de lado.

La madre se puede recostar y colocar al bebé de lado o boca abajo, sobre su vientre. Esto ayuda a la leche a salir justo hacia la boca del bebé si aún no está completamente preparado para tragar, así los bebés están más cómodos.

Algunos bebés necesitan estar totalmente boca abajo y la madre totalmente recostada porque tienen muchas dificultades para respirar. Cuando el bebé tiene unos 3 o 4 meses esta posición les ayuda a continuar tomando el pecho hasta que pueda recibir más ayuda.

Reducing flow. Reducir el flujo.

También podemos reducir el flujo del pecho bloqueando algunos conductos. Carol Chamblin tuvo esta idea mientras le hacían una ecografía de mama. Presionando el pecho podemos bloquear el paso de flujo de algunos conductos para impedir el paso de la leche cuando el bebé está teniendo problemas para asimilar el flujo. Quizás presionando durante un minuto cambiando el lugar de la presión mientras está mamando, no muy cerca de la boca del bebé para no perturbarle, pero no muy lejos tampoco porque queremos bloquear

un número significativo de conductos, ni durante mucho tiempo porque se podrían producir tapones en esos conductos. Solo queremos frenar un poco el flujo, y con esta técnica se consigue fácilmente.

Oral exercises, gaining assent. Ejercicios orales, ganar asentamiento.

Podemos hacer algunos ejercicios para poder ayudar al bebé a chupar mejor. La protección de los sujetos humanos de investigación nos dice que los seres humanos tienen autonomía, y que ellos deben decidir qué pasa con su cuerpo. Los bebés no pueden dar consentimiento, pero sí pueden asentir, o negarse. Nos pueden decir que sí o que no por su conducta. Vamos a ver en estos bebés, el de arriba a la derecha, hace contacto visual, abre la boca, y como diciendo, puedes tocarme la boca. A la derecha, mira a lo lejos, esta como haciendo ruido, como diciendo que necesita un descanso. Es muy importante cuando hacemos ejercicios con el bebé, conseguir su consentimiento, si el bebé te dice que no, inténtalo más tarde cuando esté descansado y alimentado y de mejor humor. Es importante hablarle al bebé antes, porque se sienten más seguros si haces contacto visual con ellos, si les hablas, si les acaricias, o les estimulas los sentidos.

Tongue hugs for grooving. “Abrazos de lengua” para facilitar el agarre.

Un ejercicio que puede facilitar el animar al niño a que mueva más la lengua hacia arriba y estirla y que los bordes de la lengua se levanten más para aguantar la leche y ayudarlo a tragar se llama “abrazo de lengua” y está desarrollado por una especialista en terapia oral de alimentación, que ayuda a bebés que tienen dificultades para alimentarse.

Primero hablamos al bebé, tocamos cerca de la boca del bebé, y le hablamos y vemos si nos mira a los ojos, para que se sienta seguro. Luego le tocamos los labios, el surco naso labial, y si abre la boca. Ponemos los dedos en el interior de los lados de la boca y luego movemos los dedos hacia dentro para levantar los lados de la lengua, para después sacar los de los lados de la boca, como estirando la lengua, y como abrazando los bordes de la lengua hacia el centro. Como se ve todavía tiene buena cara, y se le ve feliz, aunque le estés haciendo esto. Algunas veces hará sonidos interesantes. En esta foto se ve como el bebé mira hacia un lado por un momento, dejando de hacer contacto visual y mirando hacia otro lado, aunque todavía tiene la cara relajada, así que dejamos de tocarle, de hablar, y le damos un poco de tiempo para que se recupere y se relaje, porque la estimulación es demasiado para una persona tan pequeña, y el contacto visual es un estímulo muy fuerte incluso en adultos. Una vez que el bebé se relaja, y no tiene cara de frustración, nos viene a decir que quiere seguir jugando un poco.

Promoting waves- slideback. Promover el movimiento de onda.

Otro punto importante a la hora de tragar de forma segura son esos movimientos de onda del frente de la lengua hacia atrás. Otro ejercicio es deslizar el dedo desde la punta de la lengua hacia atrás, sin ir muy lejos, solo hasta la mitad de la lengua y hacer sonidos como de sorbos. (En esta foto el dedo no tiene guante porque es su madre quien hace los ejercicios) Os quiero enseñar como la madre hace contacto visual con el bebé y como éste disfruta con el ejercicio. Este ejercicio se llama caminar hacia atrás en la lengua y es uno de

los ejercicios para entrenar las pautas de chupado, con un poco de vibración o toquecitos en la punta de la lengua y serpentear rápidamente, y yendo un poco más atrás pero nunca sin pasar de la mitad de la lengua para no provocarle arcadas. Si accidentalmente le provocas una arcada, para, y nunca llegues tan lejos de nuevo. Esto ayuda al bebé a tener pautas de movimiento ondeante de la lengua. Puede llevar varias semanas o meses, esto ayuda a los bebés con frenillo corto a seguir amamantándose.

Negative resistance for sliding. Resistencia al deslizamiento

Algunos bebés deslizan la lengua, se ve que el bebé desliza la lengua de atrás a adelante y eso es un poco incómodo. Así que lo que podemos hacer cuando el bebé desliza la lengua hacia atrás es presionar el pecho hacia atrás muy suavemente y así el bebé chupará en lugar de deslizar la lengua. Si ve que el pecho se aleja, el bebé hará mayor esfuerzo por chupar para tratar de mantener el pecho en la boca. Este es un truco que se hacía con un biberón, pero también se puede hacer con el pecho.

Posterior tongue elevation in tongue tied infant distorts nipple. La elevación posterior de la lengua en niños con anquiloglosia deforma el pezón.

Cuando los bebés levantan mucho la parte posterior de la lengua, pueden dañar el pezón. Esta es una imagen de ultrasonido de nuestro estudio, se puede ver el pezón de la madre aquí, que está muy apretado por la parte posterior de la lengua que lo presiona y es muy doloroso para la madre. El pezón nunca debe estar estrujado, siempre redondeado, expandido o contraído, pero nunca debe estar estrujado de esta manera.

Posterior tongue elevation. Elevación posterior de la lengua.

El pezón de esta madre está dañado por esa posición en la que la parte posterior de la lengua esta elevada. Este pezón está dañado por los golpes que recibe de la lengua del bebé.

Simultaneous sublingual pressure and posterior lingual pressure to reduce posterior tongue elevation. Presión sublingual y presión posterior simultáneas para reducir la elevación posterior de la lengua.

Ésta es su hermana mayor (este bebé tenía una hermana de 18 años) que siempre estaba muy dispuesta a ayudar, la madre estaba muy dolorida para amamantarla así que su hermana la alimentaba con el dedo. Se aprecia como tiene un dedo dentro de la lengua y otro por debajo dando un apoyo a la lengua por debajo. Si el bebé se echara para atrás y levanta la parte posterior de la lengua, la punta saldrá entre las encías y morderá, entonces hay que introducir un poco el dedo hacia adentro y presionar hacia abajo con el dedo. Puede llevar un tiempo usar los dedos simultáneamente, pero en un mes los pechos de la madre pudieron recuperarse y producir más leche, el bebé aprendió a chupar mejor, y volvió a tomar del pecho. A veces es bueno el apoyo de la familia, así que es bueno pedir ayuda a alguien que esté dispuesto a hacerlo, para que el bebé aprenda a hacerlo mejor.

Otro truco cuando los bebés hacen algo mal cuando les alimentas con el dedo, es parar de dar leche (cuando el bebé haga algo que pueda hacer daño a su madre). El bebé aprenderá muy rápido lo que no es doloroso y no hacer lo que si lo es.

Finger feeding: encourage gape and oral gasp. Alimentación con el dedo: anímale a que abra los ojos y que se enganche

Cuando le alimentamos con el dedo tenemos que animar al bebé a agarrarse al dedo como si lo hicieran con el pecho, así que no queremos que se acostumbre a que le pongamos el dedo en la boca, queremos que se agarre. Relajando el dedo sobre los labios del bebé y dejar que el dedo toque la lengua, él abrirá la boca, y se agarrará a la punta del dedo con la lengua y tirará del dedo hacia adentro.

Center finger on tongue, make eye contact. Centra el dedo en la lengua, haz contacto visual

Pondremos el dedo en el centro de la boca, sobre la lengua. Así la lengua del bebé se moverá sobre el dedo y se relajarán sus labios y mejillas. Como el dedo es más pequeño que el pecho, tendrá que ejercer más presión con los labios y las mejillas, de la que harían sobre el pecho. Si puedes hacer que su papá use su dedo (porque será más grande) hará que se parezca algo más a amamantar, porque queremos que el bebé tenga la boca tan llena como sea posible. Y hará que tenga que hacer algo más de esfuerzo con la lengua.

Es más fácil para el bebé se agarre a un dedo pequeño y delgado porque así podrá usar los labios.

Counter pressure to reduce excess posterior tongue elevation. Contrapresión para reducir la excesiva elevación de la parte posterior de la lengua.

Si el bebé desliza la lengua hacia arriba y hacia atrás, presionamos un poco hacia abajo, para enseñar al niño a que baje la lengua, y dejamos de dar leche. Así aprenderá a no levantar la lengua, porque eso le hace daño a la madre.

If baby doesn't like finger feeding... Si al bebé no le gusta que le alimentes con el dedo...

A algunos bebés no les gusta que les alimentes con el dedo, este es un pequeño ejercicio que necesitamos para un bebé que aún levantaba la lengua tras la frenotomía, pero que no le gustaba nada tener un dedo en la boca. Así que tocamos primero la barbilla, luego la nariz, luego el surco naso labial (se pueden hacer rutinas o patrones), y tras hacerlo el bebé abre la boca, y luego un poco de presión, rápidamente en la lengua y luego sacamos el dedo rápido justo después. Parece que se enfada un poco, pero nos dejó hacerlo varias veces.

Honor lack of assent or stress signs: Stop. Falta de respeto o consentimiento o signos de estrés: para.

Si al hacer el ejercicio, el bebé deja de abrir la boca, mira hacia otro lado, o te aparta la mano, te está pidiendo que pares. Aunque este truco funcionó con este bebé. La madre lo hacía un par de veces al día, cuando el niño estaba juguetón, y ayudó cuando abría la boca, cada vez sacaba más la lengua, y ayudo a que dar de mamar fuera mucho más cómodo para la madre.

Range of motion. Rango de movimientos

Podemos hacer ejercicios para mejorar el rango de movimientos que son útiles para que el bebé mueva su lengua por toda la boca, tanto como sea capaz. Pueden ayudar a bebés que han sido sometidos a una frenotomía y necesitan ganar experiencia con su lengua. Es importante mantener contacto visual, que el bebé nos mire, estar hablándole y tocar sus labios para que abra la boca. Después hay que frotar la parte exterior de las encías inferiores, o los lados de la lengua creamos un reflejo en la lengua del bebé, que moverá la lengua de lado a lado. Podemos frotar en el lado derecho de la lengua e ir hacia el centro, y volver otra vez al lado derecho, dos o tres veces y otras tantas en el lado izquierdo. Una variación es que si tocamos la parte frontal de la encía inferior mientras hacemos un “sonido tonto” (2:14:59), proyectará la lengua hacia fuera (interpreto que hay que llamar la atención del bebé con un sonido, hablarles con cariño).

En el siguiente video os lo enseño (2:15:17). Vemos como tocando el surco naso labial mientras hablamos al bebé haremos que abra la boca. Queremos que la tenga bastante abierta antes de introducir el dedo por dos motivos, el primero es tener el consentimiento del bebé y el segundo para ayudar al bebé a que abra mucho la boca cuando vaya a tomar el pecho. Otra técnica que utilizo a veces, en lugar de mover el dedo de lado a lado, es moverlo por encima de la lengua para que el bebé haga un esfuerzo para levantar la lengua, que también puede resultar útil.

Para elegir un ejercicio es importante evaluar qué necesita el bebé y cómo mueve su lengua, para así guiar su aprendizaje, corregir sus patrones de movimiento, para alentar al bebé a que pruebe movimientos diferentes, los trabaje y fortalezca esas nuevas habilidades. Si la primera vez que hacemos los ejercicios no hay evolución, el bebé coopera, se muestra activo podemos probar un nuevo ejercicio. No queremos hacer estos ejercicios docenas de veces al día, queremos que sea un juego divertido al que juega el bebé con sus padres, que sea una interacción feliz. Los pensamientos y sentimientos del bebé importan.

Breastfeeding management. Manejo de la lactancia.

Cuando queremos ayudar a amamantar a un bebé con anquiloglosia, debemos prestar la máxima atención a que el bebé se agarre bien. Podemos usar trucos para conseguir que abra bien la boca y que cubra todo el pecho posible con ella, haciendo que se agarre por la parte de abajo del pezón, y no tenga que usar la lengua para acercar el pecho a la boca. También podemos levantar el pezón para que el bebé se agarre por abajo más fácilmente.

Podemos usar la que la gravedad a nuestro favor, o reclinar a la madre para que el bebé se sienta cómodo agarrando el pecho con toda la boca. Si conseguimos que el bebé se agarre bien, tendremos muchas posibilidades de que los bebés con anquiloglosia puedan tomar el pecho.

Hay que prestar atención a la cantidad de leche que consume el bebé, dándole leche extra si no está obteniendo el alimento suficiente. Debemos utilizar las técnicas de extracción de leche, ya sea manualmente o mediante sacaleches para obtener ese alimento extra.

En las primeras horas de post-parto es determinante que comience y se estimule la producción de leche. A veces las madres están tan doloridas tras el parto que es necesario considerar otras técnicas alternativas mientras el bebé no tome el pecho. Aunque se haya intentado enseñar al bebé a agarrarse, y a mover correctamente la lengua (ofrecer apoyo para los músculos de la lengua del bebé), algunas madres siguen sintiéndose muy doloridas, tendremos que utilizar una taza, una cuchara o el dedo. Es mejor no utilizar biberones en bebés con anquiloglosia porque les resulta muy fácil comer, y en las primeras dos semanas es importante que los bebés aprendan y se esfuercen por comer, y tomen el pecho. Más tarde, cuando la madre tenga que volver al trabajo, ya podremos usar los dos métodos conjuntamente, ya que serán capaces de asimilar los cambios entre biberón y pecho.

Los bebés necesitarán que te saques la leche, leche de un donante o suplementos alimenticios si no están creciendo correctamente cuando tienen anquiloglosia.

La madre necesitará apoyo emocional y una guía de antemano: alimentación ineficiente. Necesitará entender que su bebé requiere más esfuerzo, que le den de comer más a menudo, o durante más tiempo, y esto puede ser frustrante para ella. Darles apoyo emocional, y que hablen de sus problemas, especialmente con madres que ya han pasado por eso y han sufrido los mismos problemas. Hay que hacerle saber que es una gran madre y que está haciendo todo lo posible por hacer las cosas bien para su bebé se alimente correctamente y darle todo lo mejor.

Dar tiempo a la madre y al bebé puede ser una gran medicina. Podemos ayudar a la madre a que mejore su producción de leche, y conseguir, con el tiempo, que los trucos para amamantar funcionen, aunque no haga todo exactamente igual a lo que se les explica, o lo que se supone que tienen que hacer. Siempre le digo a las madres que sus hijos son absolutamente capaces de tomar el pecho, aunque tengan anquiloglosia.

[For more information. Para más información.](#)

Hay más información sobre herramientas específicas o sobre anquiloglosia y otros problemas de succión, en estos libros, he seleccionado los que pueden ser más útiles para bebés con anquiloglosia y otras situaciones específicas.