

Protocolo clínico de la ABM n.º 17: Pautas para la lactancia en bebés con labio leporino, fisura palatina o ambas afecciones, revisado en 2013

Sheena Reilly,^{1,2} Julie Reid,^{1,3} Jemma Skeat,² Petrea Cahir,¹ Christina Mei,² Maya Bunik,⁴ y la Academia de Medicina de Lactancia Materna

Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es la elaboración de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que podrían afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven tan solo como pautas para la atención de madres que amamantan y de los bebés, y no delinean un curso de tratamiento exclusivo ni ofician de estándares de atención médica. Tal vez sean adecuadas algunas variaciones en el tratamiento según las necesidades de cada paciente en particular.

Definición

CUANDO HAY UN LABIO LEPORINO (LL), el labio superior está separado y cuando hay fisura palatina (FP) hay una comunicación entre la cavidad oral y la cavidad nasal¹. La gravedad de las fisuras puede ir desde una simple muesca en el labio superior hasta una abertura total del labio que se extiende al techo de la cavidad nasal y afecta el borde alveolar hasta el agujero palatino². De manera similar, la FP puede afectar solo el paladar blando o extenderse total o parcialmente a través de los paladares duro y blando¹. En la FP, el borde alveolar permanece intacto. Una FP podría ser submucosa y no detectarse de inmediato si hubiera signos o síntomas clínicos sutiles o no correspondientes¹.

Antecedentes

Incidencia

La prevalencia mundial del LL y/o la FP (LL/FP) varía de 0.8 a 2.7 casos por cada 1,000 nacidos vivos³. Hay diferencias en los índices de incidencia entre grupos raciales; la incidencia más baja se reporta entre poblaciones afroamericanas (aproximadamente 0.5 por cada 1,000)^{4,5} y blancas (aproximadamente 1 por cada 1,000 nacimientos)³ y la incidencia más alta ocurre entre poblaciones indígenas americanas (aproximadamente 3.5 por cada 1,000)⁶ y asiáticas (aproximadamente 1.7 por cada 1,000)⁷.

Si bien los informes son muy variados, se estima que del total de bebés con LL y/o FP, alrededor del 50% tiene una combinación de labio leporino y fisura palatina (LL/FP), mientras que un 30% tiene solo FP y 20% tiene solo LL. El LL que se extiende hasta incluir el borde alveolar ocurre en alrededor del 5% de los casos⁸. Las fisuras suelen ser unilaterales (Fig. 1); no obstante, en aproximadamente el 10% de los casos, son bilaterales⁹.

Lactancia y LL y/o FP

En estas pautas, lactancia se refiere a la colocación directa del bebé contra el seno para amamantarlo, y alimentación con leche materna se refiere a la administración de leche materna al bebé a través de un biberón, una taza, una cuchara o cualquier otro medio excepto el seno. Los bebés usan succión y compresión para amamantar correctamente. La capacidad de generar succión es necesaria para prenderse al seno, mantener una posición estable para alimentarse y, junto con el reflejo de bajada de leche, extraer la leche. Normalmente, cuando un bebé está amamantando, sus labios se despliegan con firmeza contra la aréola, sellando la cavidad oral en sentido anterior. El paladar blando sube y baja poniéndose en contacto con las paredes faríngeas y sella la cavidad oral en sentido posterior. A medida que la lengua y la mandíbula bajan cuando el bebé chupa, la cavidad oral aumenta de tamaño y se genera la succión que extrae leche del seno¹⁰. Cuando el bebé presiona el seno entre la lengua y la mandíbula, ocurre una compresión. La succión y la compresión ayudan a que salga leche durante el amamantamiento¹⁰⁻¹².

Hay una relación entre la cantidad de presión oral generada durante la alimentación y el tamaño o tipo de fisura y la madurez del bebé¹³. Por este motivo, los bebés con LL tienen más probabilidades de poder amamantarse que aquellos con FP o con LL/FP. Algunos bebés con fisuras pequeñas en el paladar blando generan succión¹⁵, pero es posible que otros con fisuras más grandes del paladar blando o duro no la generen^{15,16}. Los recién nacidos y los bebés prematuros generan presiones de succión más débiles en comparación con bebés de más edad^{13,17,18}. Los bebés con FP o LL/FP tienen dificultad para generar succión¹⁹ porque la cavidad oral no se puede separar adecuadamente de la cavidad nasal durante la instancia de alimentación. Para estos bebés se incluyen entre las consecuencias negativas la fatiga durante el amamantamiento, tiempos de alimentación prolongados y crecimiento y nutrición deficientes.

¹ Speech Pathology Department, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia.

² Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Victoria, Australia.

³ La Trobe University, Melbourne, Victoria, Australia.

⁴ Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.



FIG. 1. Labio leporino unilateral. Foto por cortesía de John A. Giroto, MD.

La bibliografía que describe los resultados de la lactancia materna es limitada y la evidencia es anecdótica y contradictoria, lo que hace que las recomendaciones incluidas a continuación sean un desafío²⁰.

Recomendaciones

La calidad de la evidencia (niveles de evidencia I, II-1, II-2, II-3 y III) para cada recomendación, según lo definido en el Anexo A de las Calificaciones de los grupos de trabajo del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.²¹, se incluye entre paréntesis.

Resumen de recomendaciones para la práctica clínica

En virtud de la evidencia revisada, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Es preciso alentar a las madres a proporcionar los beneficios protectores de la leche materna. La evidencia sugiere que la lactancia protege contra la otitis media, una afección sumamente frecuente en esta población^{22,23}. (II-2) Se debe promover la alimentación con leche materna (con taza, cuchara, biberón, etc.) como preferencia antes que la alimentación con leche artificial. Además, hay información especulativa acerca de los posibles beneficios de la lactancia en comparación con la alimentación con biberón sobre el desarrollo de la cavidad oral.
2. Al mismo tiempo, es preciso asesorar a las madres acerca del éxito probable de la lactancia. Cuando sea poco probable que la lactancia directa sea el único método de alimentación, debe fomentarse la necesidad de alimentar con leche materna y, cuando corresponda, se debe hablar acerca del posible retraso de la transición a la lactancia.
3. Los bebés con LL/FP deben ser evaluados para proceder con la lactancia caso a caso. En particular, es importante tomar en cuenta el tamaño y la ubicación del LL o la FP del bebé, así como también los deseos de la madre y la experiencia anterior con la lactancia. Hay evidencia moderada que sugiere que los bebés con LL pueden generar succión¹⁹ (III) e informes descriptivos que sugieren que estos bebés a menudo pueden amamantar con éxito²⁴. (III) Hay evidencia moderada de que los bebés con FP o LL/FP tienen dificultad para generar succión¹⁵ (I) y exhiben patrones de succión ineficaces¹⁶ (I) en comparación con los bebés normales. Se observa que los índices de éxito para los bebés lactantes con FP p LL/FP son más bajos que entre bebés con LL o sin fisuras^{14,24}. (III) (Anexo)

4. Al igual que en la lactancia normal, es importante el apoyo de expertos. Las madres que deseen amamantar deben obtener acceso inmediato a un especialista en lactancia que las ayude con la posición, el manejo del suministro de leche y la extracción para instancias de alimentación complementarias. Varios estudios han sugerido que hay necesidad de acceder a un profesional sanitario especializado en LL/FP, como una especialista en enfermería clínica, durante los períodos neonatales y de primera infancia, para obtener asesoramiento especializado sobre la alimentación de un bebé con LL o FP, además de transferencias a los servicios adecuados y que hacerlo redunde en un beneficio²⁵. Las encuestas entre padres con hijos con LL, LL/FP o FP indican el deseo de obtener más instrucción sobre los desafíos de la alimentación lo antes posible²⁶. (III)
5. Es posible que las familias se beneficien del apoyo de sus iguales en cuanto a la alimentación con leche materna o a la lactancia a través de asociaciones como Wild Smile²⁷ además de las transferencias de rutina a grupos de apoyo de la lactancia.
6. El control de la hidratación y el aumento de peso de un bebé es importante mientras se procede a implementar un método de alimentación. Si resultara inadecuado, deberá implementarse o aumentarse la alimentación complementaria. (Ver el "Protocolo clínico de la ABM n.º 3: Pautas hospitalarias para el uso de alimentación complementaria en recién nacidos a término, sanos y lactantes, revisadas en 2009"²⁸.) Los bebés con LL/FP podrían necesitar alimentos adicionales para crecer y nutrirse adecuadamente²⁴. (III) Hay un estudio que demostró que el apoyo materno adicional por parte de un especialista en enfermería clínica puede mejorar los resultados de aumento de peso y facilitar además las transferencias a los servicios adecuados²⁹. (III)
7. La modificación de las posiciones durante la lactancia podría aumentar la eficiencia y la eficacia de la misma. Las recomendaciones sobre posiciones que se han realizado de acuerdo con una evidencia débil (experiencia clínica u opinión de expertos) y cuyo éxito debe evaluarse son:
 - a. Para bebés con LL:
 - i. El bebé debe ser sostenido de modo que el LL quede orientado hacia la parte superior del seno^{30,31} (por ejemplo, un bebé con un LL [derecho] podría alimentarse con mayor eficacia en una posición de cuna cruzada en el seno derecho y una posición como "sosteniendo un balón de fútbol americano"/doble en el seno izquierdo). (III)
 - ii. La madre podría obstruir el LL con el pulgar u otro dedo^{31,32} o sostener las mejillas del bebé para reducir el ancho de la fisura y aumentar el cierre en torno al pezón³³. (III)
 - iii. Para un LL bilateral, una posición a horcajadas, "de frente", podría ser más eficaz que las demás posiciones de lactancia³¹. (III)
 - b. Para bebés lactantes con FP o LL/FP:
 - i. La posición debe ser semivertical, para reducir la regurgitación nasal y el reflujo de la leche materna hacia las trompas de Eustaquio^{31,32,34-36}. (III)
 - ii. Una posición como "sosteniendo un balón de fútbol americano"/doble (el cuerpo del bebé colocado paralelo a la madre en vez de a través del regazo de la madre, con los hombros del bebé más arriba que el resto de su cuerpo) podría ser más eficaz que una posición de cuna cruzada³⁶. (III)
 - iii. Para los bebés con FP también podría resultar útil colocar el seno hacia el "segmento más grande": el lado del paladar con el hueso más intacto. Esto podría facilitar una mejor compresión e impedir que el pezón sea empujado hacia la fisura³⁷. (III)

- iv. Algunos expertos sugieren sostener el mentón del bebé para estabilizar la mandíbula durante la succión³² o sostener el seno para que permanezca dentro de la boca del bebé^{33,38}. (III)
 - v. Si la fisura es grande, algunos expertos sugieren que el seno se incline hacia adelante para evitar que el pezón sea empujado hacia la fisura³⁰. (III)
 - vi. Es probable que las madres deban ordeñar su leche a mano en la boca del bebé para compensar la ausencia de succión y compresión y para estimular el reflejo de bajada de la leche³⁸. (III)
8. Si se usa una prótesis para alineación ortopédica antes de la cirugía, hay que tener cuidado de aconsejar a los padres sobre el uso de dichos artefactos para facilitar la lactancia, ya que existe sólida evidencia de que no aumentan significativamente la eficiencia ni la eficacia de la alimentación^{39,40}. (III)
 9. La evidencia sugiere que la lactancia puede comenzar o recomenzar inmediatamente después de la reparación del LL y que podría ser levemente más ventajosa que la alimentación con cuchara^{41,42}. (I) La lactancia puede comenzar o recomenzar 1 día después de la reparación de la FP sin complicaciones en la herida⁴¹. En una encuesta entre cirujanos especialistas en FP acerca de los cuidados posoperatorios de una palatoplastia, dos tercios de ellos permitieron a las madres amamantar inmediatamente después de la cirugía⁴³. (III)
 10. La evaluación del potencial de lactancia en bebés con LL/FP como parte de un síndrome o una secuencia se debe hacer caso a caso, teniendo en cuenta las demás características del síndrome que pudieran afectar al éxito de la lactancia.

Recomendaciones para investigaciones futuras

La cuestión más apremiante para los profesionales sanitarios que trabajan con madres que desean amamantar a sus hijos con LL/FP es la falta de evidencia sobre la cual basar sus decisiones clínicas. Es imprescindible que haya investigaciones bien diseñadas e impulsadas por datos que documenten índices de éxito de la alimentación, estrategias de manejo y resultados para bebés con LL/FP. Además, los investigadores deben describir con claridad su muestra de bebés y sus técnicas de intervención para que los resultados de la investigación puedan generalizarse.

Agradecimientos

Este trabajo contó con la financiación parcial de un subsidio de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Referencias

1. Shprintzen RJ, Bardach J. *Cleft Palate Speech Management: A Multidisciplinary Approach*. Mosby, St. Louis, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Management of children with cleft lip and palate. *Can Med Assoc J* 1980;122:19–24.
3. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33:284–290.
4. Croen LA, Shaw GM, Wasserman CR, et al. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983–1992. *Am J Med Genet* 1998;79:42–47.
5. Niswander JD, Barrow MV, Bingle GJ. Congenital malformations in the American Indian. *Soc Biol* 1975;22:203–215.

6. Cleft Lip and Palate Association of Ireland. The incidence of clefts. 2003. www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts (accessed April 26, 2013).
7. Young G. Cleft lip and palate. UTMB Department of Otolaryngology Grand Rounds. 1998. www.utmb.edu/otoref/Grnds/Cleft-lip-palate-9801/Cleft-lip-palate-9801.htm (accessed April 26, 2013).
8. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity—State of the art. *Cleft Palate Craniofac J* 2000;37:342–347.
9. Wolf LS, Glass RP. *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management*. Therapy Skill Builders, Tucson, AZ, 1992.
10. Brake S, Fifer WP, Alfasi G, et al. The first nutritive sucking responses of premature newborns. *Infant Behav Dev* 1988;11:1–9.
11. Weber F, Wooldridge MW, Baum JD. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 1986;28:19–24.
12. Reid JA. Feeding difficulties in babies with cleft lip and/or palate: An overrated problem or a neglected aspect of care? [PhD thesis]. La Trobe University, Melbourne, 2004.
13. Reid JA, Reilly S, Kilpatrick NM. Breastmilk consumption in babies with clefts. Presented at the 63rd Annual Meeting of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, Vancouver, BC, Canada, 2006.
14. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312–320.
15. Maserai AG, Sell D, Habel A, et al. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:321–328.
16. Mizuno K, Ueda A, Kani K, et al. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227–1232.
17. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants who have not been fed for 2 months after birth. *Pediatr Int* 2001;43:251–255.
18. Choi BH, Kleinheinz J, Joos U, et al. Sucking efficiency of early orthopaedic plate and teats in infants with cleft lip and palate. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991;20:167–169.
19. Smedegaard L, Dorthe Marxen MJ, Glassou EN, et al. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J* 1998;45:628–632.
20. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41:268–278.
21. U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed April 26, 2013).
22. Aniansson G, Svensson H, Becker M, et al. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36:9–15.
23. Garcez LW, Giuliani ER. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:687–693.
24. da Silva Dalben G, Costa B, Gomide MR, et al. Breastfeeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2003;40:84–87.
25. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, et al. Felt needs of parents who have a 0-to 3-month-old child with a cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2009;46:252–257.
26. Owens J. Parents' experiences of feeding a baby with cleft lip and palate. *Br J Midwifery* 2008;16:778–784.
27. Wide Smiles. 1996. www.widesmiles2.org (accessed April 26, 2013).

28. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
29. Beaumont D. A study into weight gain in infants with cleft lip/palate. *Paediatr Nurs* 2008;20:20–23.
30. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. NAACOGS *Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3:634–639.
31. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines* 1998;2:45–49.
32. Helsing E, King FS. Breastfeeding under special conditions. *Nurs J India* 1985;76:46–47.
33. Bardach J, Morris HL. *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1990.
34. Arvedson JC. Feeding with craniofacial anomalies. In: Arvedson JC, Brodsky LB, eds. *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management*, 2nd ed. Singular Publishing Group, Albany, NY, 2002:527–561.
35. Glass RP, Wolf LS. Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia. *Infants Young Child* 1999;12:70–81.
36. Dunning Y. Child nutrition. Feeding babies with cleft lip and palate. *Nurs Times* 1986;82:46–47.
37. McKinstry RE. Presurgical management of cleft lip and palate patients. In: McKinstry RE, ed. *Cleft Palate Dentistry*. ABI Professional Publications, Arlington, VA, 1998:33–66.
38. Lehair-Yenchik J. Cleft palates. *AWHONN Lifelines* 1998;2:11–12.
39. Masarei AG. An investigation of the effects of pre-surgical orthopaedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate [PhD thesis]. University College, London, 2003.
40. Prah C, Kuijpers-Jagtman AM, van't Hof MA, et al. Infant orthopedics in UCLP: Effect on feeding, weight, and length: A randomized clinical trial (Dutchcleft). *Cleft Palate Craniofac J* 2005;42:171–177.
41. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg* 1992;3:30–32.
42. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, et al. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(2):CD003315.
43. Katzel EB, Basile P, Koltz PF, et al. Current surgical practices in cleft care: Cleft palate repair techniques and postoperative care. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:899–906.
44. Darzi MA, Chowdri NA, Bhat AN. Breastfeeding or spoon feeding after cleft lip repair: A prospective, randomised study. *Br J Plast Surg* 1996;49:24–26.
45. Cleft Lip and Palate Association. Breastfeeding a baby with cleft lip and/or palate. 2009. www.clapa.com/antenatal/faq/184 (accessed April 26, 2013).
46. Gopinath VK, Muda WA. Assessment of growth and feeding practices in children with cleft lip and palate. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2005;36:254–258.
47. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that breastmilk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994;94:853–860.
48. Erkkila AT, Isotalo E, Pulkkinen J, et al. Association between school performance, breastmilk intake and fatty acid profile of serum lipids in ten-year-old cleft children. *J Craniofac Surg* 2005;16:764–769.
49. World Health Organization Health. Factors which may interfere with breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1989;67(Suppl):41–54.
50. Pierre Robin Network. Feeding your child. 2012. www.pierrerobin.org (accessed April 26, 2013).
51. Pandya AN, Boorman JG. Failure to thrive in babies with cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:471–475.

Los protocolos de ABM vencen 5 años después de su fecha de publicación. Dentro de ese lapso de 5 años se realizan revisiones basadas en evidencia, o tal vez antes si hubiera algún cambio importante en la evidencia.

Comité de Protocolos de la
Academia de Medicina de Lactancia Materna
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Presidenta
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-presidenta
Larry Noble MD, FABM, Responsable de Traducciones
Nancy Brent, MD
Amy E. Grawey, MD
Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Nancy G. Powers, MD, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM

Para enviar correspondencia: abm@bfmed.org

Anexo: Preguntas frecuentes

Bebés lactantes con LL, FP o LL/FP

Salvo cuando se menciona, la bibliografía revisada está relacionada con bebés con fisuras no sindrómicas del labio y/o del paladar.

1. ¿Los bebés con LL pueden amamantarse exitosamente?
No hay evidencia sólida respecto al amamantamiento de bebés con LL. Hubo evidencia moderada (II-2) de que los bebés con LL generan succión durante la alimentación^{15,19}. Los estudios descriptivos (III) han demostrado una lactancia exitosa en índices que se aproximan a la población normal²³. La opinión de los expertos (III) sugiere que para los bebés con LL la lactancia podría ser relativamente más sencilla que la alimentación con biberón porque el tejido mamario se amolda a la fisura y obstruye mejor el defecto que un pezón artificial.⁴⁴⁻⁴⁶ La opinión de los expertos sugiere que las modificaciones de posición puede facilitar la lactancia para estos niños³⁰⁻³³.
2. ¿Los bebés con FP pueden amamantarse exitosamente?
No hay evidencia sólida respecto al amamantamiento de bebés con FP. Hubo evidencia moderada (II-2) de que los bebés con FP no generan succión durante la alimentación con biberón^{15,19}. Si bien los bebés con fisuras en el paladar blando podrían generar succión, no suele ser el caso^{13,15}. Los estudios descriptivos indican que el éxito de la lactancia en bebés con FP es muy inferior al de los bebés con LL^{25,31}. Hubo poca evidencia (III) que sugiriera que es posible lograr una lactancia parcial (con complementación) y que el tamaño y la ubicación de la fisura son factores determinantes para el éxito de la lactancia^{35,36,45}. Al igual que en los bebés con LL, se informa que las modificaciones de la posición aumenta el éxito de la lactancia^{30,31,34-36}. (III)
3. ¿Los bebés con LL/FP pueden amamantarse exitosamente?
No hay evidencia sólida respecto al amamantamiento de bebés con LL/FP. Hubo evidencia moderada (II-2) de que los bebés con LL/FP no son capaces de generar succión cuando se medía con un biberón^{13,15,19} y evidencia de

moderada a débil de que los bebés con LL/FP a veces pueden amamantarse con éxito²⁶. Los estudios descriptivos sugieren que los índices de éxito de la lactancia varían desde un 0% hasta un 40%.^{22,23} Los expertos recomiendan las modificaciones en la posición para aumentar el éxito de la lactancia^{29,30,32,35,36,38}. (III)

4. ¿Hay evidencia que guíe la evaluación y el manejo de la lactancia en bebés con LL/FP?

Aparte de la sólida evidencia respecto al uso de obturadores palatinos (tenidos en cuenta por separado), hubo evidencia moderada (II-3) de que la educación en lactancia es importante para facilitar la eficiencia de la alimentación en bebés con LL/FP.⁴⁶ El resto de la evidencia es débil (III) y se centra en (a) áreas a monitorear y (b) recomendaciones para complementación.

5. ¿Hay evidencia de que los obturadores palatinos faciliten el éxito de la lactancia en bebés con LL/FP o FP?

Los resultados de lactancia podrían verse afectados por el uso de placas de alimentación (que obturan parte de la fisura e intentan “normalizar” la cavidad oral para la alimentación)³⁹ u ortopedia prequirúrgica (prótesis para reposicionar los segmentos de la fisura antes de la cirugía). En este informe, ese tipo de elemento se denomina, colectivamente, “obturador”. Hubo evidencia sólida (I) de que los obturadores no facilitan la alimentación ni el aumento de peso en bebés lactantes con LL/FP³⁹ y que no mejoran el ritmo de alimentación con biberón del bebé⁴⁰. Hubo evidencia moderada (II-2) de que los obturadores no facilitan la succión durante la alimentación con biberón¹⁸. Esto se debe a que los obturadores no facilitan el cierre completo del paladar blando contra las paredes de la garganta durante la alimentación. Existe evidencia contradictoria que respalda el uso de obturadores para facilitar la lactancia en bebés con FP o con LL/FP, pero proviene de fuentes mucho más débiles^{29,44,46}. (II-2, III)

6. ¿Hay evidencia de beneficios adicionales de la lactancia para los bebés con LL/FP en comparación con la población normal?

Existen varios estudios de moderados a débiles (II-2); la mayoría de la evidencia representa la opinión de los expertos (III). Es algo ampliamente aceptado que la lactancia y la alimentación con leche materna otorgan beneficios tanto a la madre como al bebé. Respecto a los bebés con FP, hubo evidencia moderada a débil de que la alimentación con leche materna protege contra la otitis

media en bebés con FP^{22,47}. Estos bebés tienen más tendencia a padecer otitis media que la población general debido a la musculatura anormal del paladar blando⁴⁷. Hubo evidencia moderada a débil de que la leche materna puede promover el desarrollo intelectual y los resultados escolares en bebés con fisuras⁴⁸. Los agentes antibacterianos de la leche materna promueven la cicatrización posquirúrgica y reducen la irritación de las mucosas (en comparación con la leche artificial)⁴⁹. (III) Además, los expertos han sugerido que la lactancia facilita el desarrollo de la musculatura bucofacial,²⁹ el habla,^{29,36} el vínculo con la madre³⁶ y tranquiliza a los bebés después de la cirugía^{29,45}.

7. ¿Hay evidencia que indique cuándo es seguro comenzar o recomenzar la lactancia después de la cirugía de labio o paladar?

La reparación del LL (queiloplastia) en general se lleva a cabo pocos meses después del nacimiento⁷, y la reparación de la FP (palatoplastia) suele llevarse a cabo entre los 6 y los 12 meses de edad. Hay varios estudios que arrojaron sólida evidencia informativa en esta área (I, II-2). Hay evidencia moderada a sólida (I, II-2) de que es seguro comenzar o recomenzar la lactancia inmediatamente después de la reparación del LL^{41,42} y hay evidencia moderada respecto al inicio de la lactancia 1 día después de la reparación de la FP⁴¹. Hay evidencia sólida (I) de que la lactancia inmediatamente posterior a la cirugía es más eficaz para el aumento de peso e implica costos menores para el hospital que la alimentación con cuchara⁴¹. Existe evidencia contradictoria, pero proviene de fuentes más débiles (III) y está dividida en cuanto a las recomendaciones³²⁻³⁴.

8. ¿Hay evidencia que indique si los bebés con FP como parte de un síndrome o una secuencia puedan amamantarse?

Existen más de 340 síndromes en los que aparecen LL/FP³⁵. La revisión y realización de recomendaciones para todos ellos detalladamente están fuera del ámbito de revisión de este protocolo. No obstante, se presentan algunos datos clave para guiar la práctica de la lactancia. La evidencia moderada a leve sugiere que, al igual que la fisura, las demás anomalías bucofaciales asociadas con estos síndromes (p. ej. hipotonía, micrognatia, glosoptosis) afectan el éxito de la alimentación^{35,50,51}. Es importante examinar la influencia de todas las anomalías sobre la alimentación y diseñar un tratamiento teniendo esto en cuenta.