



TRATAMIENTO DEL CÓLICO DEL LACTANTE (PARTE I)

Protocolos de Masaje Infantil



El masaje infantil

- Con raíces históricas antiguas, se ha llevado a cabo en diferentes culturas, aun con señas de identidad propias y finalidades según creencias y necesidades (Ferminias, 2009)
- Estudios que demuestran beneficios a corto y largo plazo (Blackwell, 2000-2002; Field, 2002-2004; De Cássia, 2005) en relación con el desarrollo.

Original Article

The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic

Abstract

Introduction: Infantile colic is a painful condition in the first months of infancy. This study was carried out with the aim of testing the hypothesis that massage treatment has a clinically relevant effect on this condition. **Materials and Methods:** This randomized clinical trial was conducted among 100 infants of <12 weeks of age with infantile colic. They were randomly assigned to either infant massage ($n = 50$) or rocking groups ($n = 50$). In the massage group, trained individuals taught the parents of the infants the massage technique and gave them a brochure. Rocking group parents was recommended to rock their infants three times a day for 1 week. Parents recorded the pattern of crying (numbers, length, and severity of crying). After 1 week of intervention, data were analysed using t -test, Chi square test, and repeated measurement analysis of variance ($P < 0.05$). **Results:** Significant differences were not observed in infant and mother demographic information. Before intervention, the mean of total number, length, and severity of crying were 6.12 (1.76) time/day, 4.97 (1.37) hour/day, and 6.60 (1.54) in the massage group and 6.96 (2.9) time/day, 3 (1.31) hour/day, and 5.98 (2.22) in the rocking group, respectively. After 1 week of intervention, the mean difference of total number, length, and severity of crying were 4.08 (1.83) time/day, 2.81 (1.77) hour/day, and 2.9 (2.37) in the massage group and 0.56 (2.28) time/day, 0.27 (1.09) hour/day, and 0.02 (1.64) in the rocking group, respectively. **Conclusions:** This trial of massage treatment for infantile colic showed statistically significant or clinically relevant effect in comparison with the rocking group.

Keywords: Colic, infant, massage, rocking

Fatemah Nahidi¹,
Nafiseh Gazerani²,
Parsa Yousefi³,
Ali Reza Abadi⁴

¹Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ²Department of Midwifery and Reproductive Health, International Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ³Department of Pediatrics Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran, ⁴Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran



RESEARCH PAPER

The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic

Bengü Çetinkaya PhD RN

Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Pamukkale University Denizli School of Health, Denizli, Turkey

Zümrüt Başbakkal PhD RN

Professor, Department of Pediatric Nursing, Ege University Faculty of Nursing, İzmir, Turkey

Accepted for publication September 2011

Çetinkaya B, Başbakkal Z. *International Journal of Nursing Practice*, 2012; 18: 164–169

Los aceites esenciales de Lavanda indicados en pediatría son los de Lavanda Vera (*lavándula officinalis*), Lavanda Espica (*lavándula latifolia spica*), pero están recomendados a partir de los cuatro meses de vida.

This study united the twin benefits of massage and aromatherapy to provide more effective treatment through the complementary approach of aromatherapy massage. Study data indicate that the aromatherapy massage with *Lavandula angustifolia* oil could be effective for the reduction of infantile colic. It indicates that this form of treatment should be taken seriously as an effective treatment.



Infant Massage Compared With Crib Vibrator in the Treatment of Colicky Infants

Virpi Huhtala, MD; Liisa Lehtonen, MD; Riitta Heinonen, RN; and Heikki Korvenranta, MD

TABLE 1. Characteristics of the Study Infants

Characteristic	Infant Massage Group (n = 28) n (%)	Crib Vibrator Group (n = 30) n (%)
Gender		
Male	17 (61)	15 (50)
Female	11 (39)	15 (50)
Feeding type before intervention		
Exclusively breastfed	18 (64)	25 (83)
Mostly breastfed	7 (25)	3 (10)
Mostly formula fed	2 (7)	1 (3)
Exclusively formula fed	1 (4)	1 (3)
First born	16 (57)	20 (67)
Vaginal delivery	26 (93)	26 (87)
Birth weight (g)*	3681 (512)	3653 (390)
Gestational age (wk)*	40.1 (1.2)	40.0 (1.0)
Age (d)*		
At study entry	31.7 (7.4)	29.5 (8.0)
At the beginning of intervention	39.5 (7.2)	37.3 (7.7)
Crying at baseline (h/d)*		

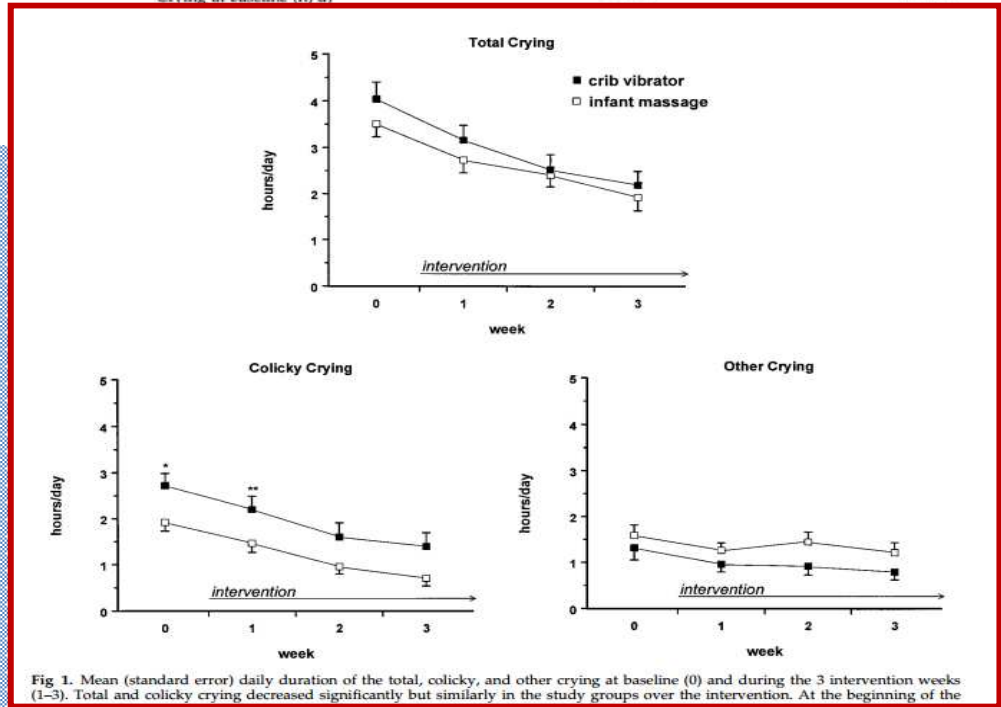


Fig 1. Mean (standard error) daily duration of the total, colicky, and other crying at baseline (0) and during the 3 intervention weeks (1-3). Total and colicky crying decreased significantly but similarly in the study groups over the intervention. At the beginning of the

Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic

Duygu Arıkan PhD

Assistant Professor, Department of Child Health Nursing, School of Nursing, Atatürk University, Erzurum, Turkey

Handan Alp MD, PhD

Professor, Department of Pediatrics, Atatürk University, Erzurum, Turkey

Sebahat Gözüm PhD

Professor, Department of Public Health Nursing, School of Nursing, Atatürk University, Erzurum, Turkey

Zerrin Orbak MD, PhD

Professor, Department of Pediatrics, Atatürk University, Erzurum, Turkey

Esra Karaca Çıfçı MSc

PhD Student, Department of Child Health Nursing, School of Nursing, Atatürk University, Erzurum, Turkey

Submitted for publication: 11 April 2006

Accepted for publication: 27 April 2007

Clinical issues

Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula

Table 2. Mean duration of total crying (hours/day) before and after the interventions

Groups	n	Crying before intervention mean \pm SD	Crying after intervention mean \pm SD	Significance (paired sample t-test)	(Duncan's test)** difference
Massage	35	5.34 \pm 1.75	4.37 \pm 1.82	t = 7.69, p < 0.001	0.97
Sucrose	35	5.71 \pm 1.71	3.94 \pm 1.51	t = 7.51, p < 0.001	1.77
Herbal tea	35	5.11 \pm 1.43	3.20 \pm 1.23	t = 8.76, p < 0.001	1.91
Hydrolysed formula*	35	4.91 \pm 1.52	2.69 \pm 1.08	t = 7.60, p < 0.001	2.22
Control	35	4.60 \pm 1.40	4.51 \pm 1.50	t = 1.78, p > 0.05	0.09
Total	175	5.14 \pm 1.59	3.74 \pm 1.59		

*Bottle-fed infant only.

**The comparisons of all groups.

Table 3. Difference mean duration of total crying (hours/day) before and after the four different interventions

Groups	n	Dunnett's t-test mean difference \pm SE**	(Dunnett's t-test)* significance
Massage (1)	35	0.88 \pm 0.28	(1 and 5 compare) p = 0.009***
Sucrose (2)	35	1.68 \pm 0.28	(2 and 5 compare) p = 0.0004****
Herbal tea (3)	35	1.82 \pm 0.28	(3 and 5 compare) p = 0.0003****
Hydrolysed formula (4)	35	2.14 \pm 0.28	(4 and 5 compare) p = 0.000007****
Control (5)	35		
Total	175		

*Compares the control group with each intervention group (95% confidence interval).

**SE, standard error.

***p < 0.01.

****p < 0.001.



- **Cambios fisiológicos y orgánicos** del MI: mejora las funciones básicas del organismo, el sueño, la relajación y el vínculo afectivo con los padres, aspecto que influye en el correcto desarrollo emocional del bebé y de los padres (McGrath, 2009; Dieter, 2003; Undergrown, 2008; Lecannelier, 2009; Procianoy RS, 2010).
- Investigaciones que usan el masaje infantil en **programas de niños prematuros** (Field, 2002-2006; Hernández, 2007).
- **El contacto piel con piel** mejora la interacción, provoca cambios fisiológicos que ayudan a los niños a crecer y a desarrollarse adecuadamente, que estimulan el sistema nervioso y que mejora el funcionamiento del sistema inmunitario (Field, 2004).



Yales, S. Pregnancy and Childbirth. an Holistic Approach to Massage and Bodywork. Churchill Livingstone, 2010.



SISTEMA	EFECTOS MASAJE INFANTIL
Sistema Nervioso	Se acelera proceso de mielinización y mejora la comunicación nerviosa, desarrollo cerebral y función visual (Guzzetta et al, 2009). Mejor desarrollo neurosensorial, periodos de alerta prolongados, aumento del tono vagal (Garrison, 2000)
Sistema Endocrino	Liberación de endorfinas, oxitocina y prolactina, disminuyendo el dolor y fomenta el vínculo madre-hijo, reduce la liberación de hormonas relacionadas con el estrés, especialmente adrenocorticotropa y el cortisol, facilitando así tb el aprendizaje (Field, 2004)
Sistema Circulatorio/respiratorio	Aumenta la capacidad vital enriqueciendo la oxigenación en sangre que repercute directamente sobre el sistema inmunológico, además de facilitar la expulsión de secreciones, previniendo de infecciones respiratorias recurrentes (Simon, 2003)
Sistema Gastrointestinal	Maduración y Desarrollo del sistema gastrointestinal en situaciones de cólicos, gases y estreñimiento, disminuyendo el dolor y el malestar (HO YB, 2010; Sanz, 2008). Ganancia de peso y regulación motilidad gástrica (Garrison, 2000).
Sistema afectivo-emocional	El MI reúne en sí mismo los elementos más importantes del vínculo afectivo: el contacto ocular, el cutáneo, la vocalización y el conocimiento mutuo (Piñero, 2012), especialmente el apego entre madre-hijo (Lacannalier, 2009; Campos, 2010)
Otros	Efectos analgésico, mejor organización del sueño y recepción precoz de alimentos por vía oral, menos días de hospitalización (Garrison, 2000).

Efectos del masaje terapéutico

Las respuestas involuntarias (reflejas) del Masaje:

- Vía cutáneo visceral o reflejo somático
- Reflejo víscero-cutáneo
- Reflejo víscero-motor
- Reflejo abdominal
- Reflejo abdómino-cardíaco

Efectos sobre el SNV
Efectos mecánicos y reflejos sobre receptores del dolor
Efectos mecánicos y reflejos sobre la circulación sanguínea y linfática
Efectos mecánicos y reflejos sobre el tejido muscular
Efectos mecánicos y reflejos sobre los órganos digestivos



Arikan D, Alp H, Gözüm S, Orbak Z, Cifçi EK. Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. J Clin Nurs. 2008 Nov;17(21): 2945-7;discussion 2947-8.



PROTOCOLO INTEGRAL DE MASAJE INFANTIL (Pacheco, S. 1999)

Artículo

S. Pacheco da Costa

El masaje infantil *Infant massage*

105

Presentación:
E. U. E. F. Toledo
L. Avoniar de
Castilla-La Mancha.

Correo electrónico:
Susana Pacheco da Costa
C. U. E. F. Toledo
Plaza Santa Dorotea
d. Antigua, s/n
45071 Toledo
e-mail: spacheco@red.es

RESUMEN

El masaje infantil es una técnica que ha ido ganando cada vez más adeptos en los últimos años en diversos países industrializados. Sin embargo, es una señal de cariño que viene siendo utilizada por padres de muchas culturas diferentes durante siglos. En la India el masaje infantil es una tradición que pasa de padres a hijos y las madres entrenan a sus hijas para aplicar el masaje a los futuros bebés; se trata de la técnica mundialmente conocida denominada Shantala (1). Es posible que el mejor regalo que pueda hacer un padre a su hijo es proporcionarle un clima de amor, estímulo y calidez. Un ambiente de ese tipo aumentará la confianza del niño en sí mismo y producirá alegría sin necesidad de innecesarias tensiones corporales. El contacto que produce el masaje infantil llega a tener un gran valor no sólo en el desarrollo de una personalidad positiva, sino en la práctica temprana del control de estrés en los niños, estimulando el desarrollo sensorio-psicomotor y mejorando el tono muscular.

PALABRAS CLAVE

Masaje infantil; Puercultura; Bebés; Niños.

Psicología 1999, 21 (monografía 2): 105-115

ABSTRACT

Infant massage is a technique that has been increasing its users in the last years in the industrialized countries. This is not a sign of love that has been used by the parents in many different cultures for many years. In India infant massage is a tradition that goes through parents to sons and the mothers teach their daughters to do the massage for the new born babies, it is the Shantala technique known all over the world (1). If it possible that the best gift a parent can leave to his child, is giving him an atmosphere of love and kindness. This will increase the child's confidence on himself and will bring happiness, with no need of corporal tensions. The contact that the infant massage produces has a great value, not only for the development of the child's personality, but also for stimulating his motor development and improving his muscular tone.

KEY WORDS

Infant massage; Puerculture; Babies; Children.

S. Pacheco da Costa

El masaje infantil

109



Figura 5.



Figura 8.



Figura 6.



Figura 9.



Figura 7.



Figura 10.

Psicología 1999, 21 (monografía 2): 105-115

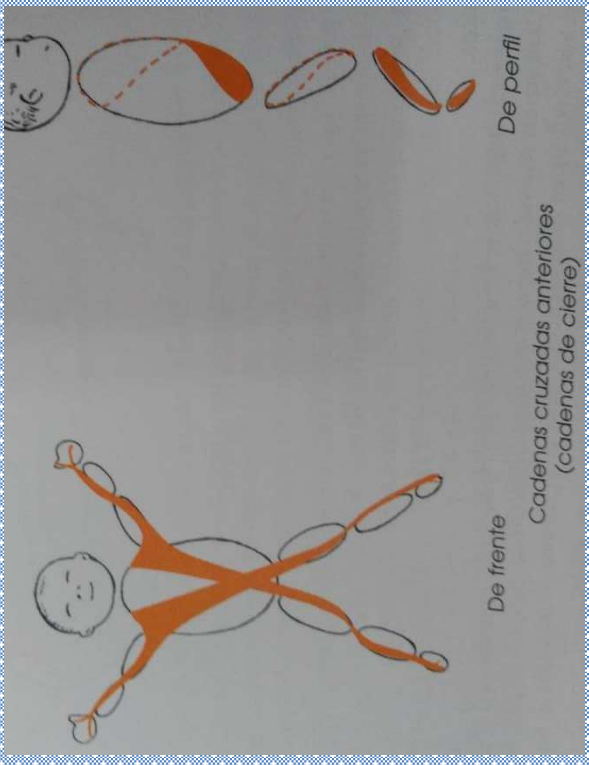
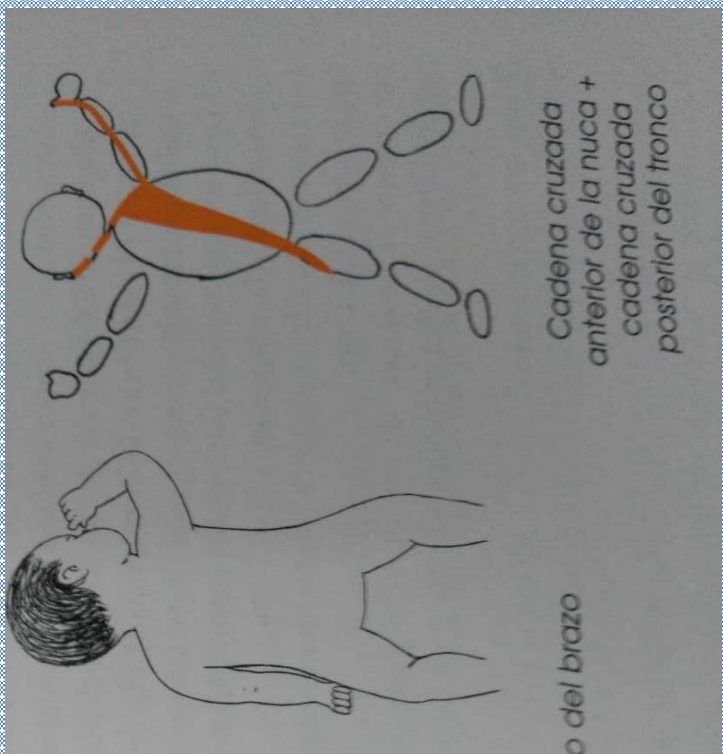
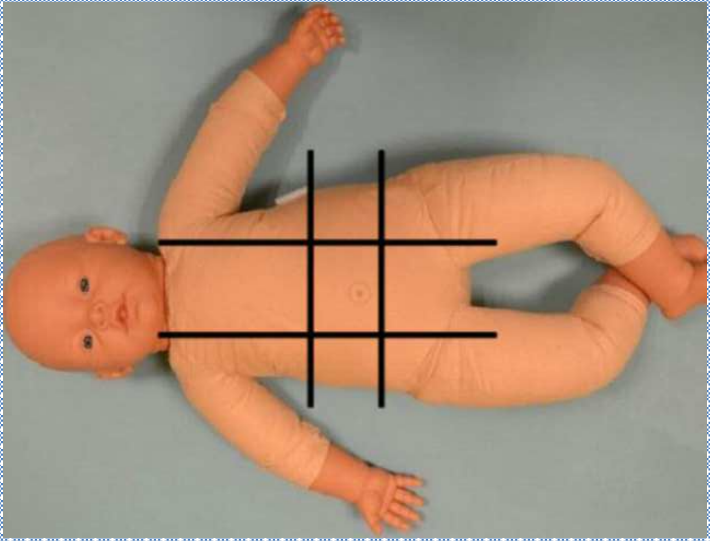
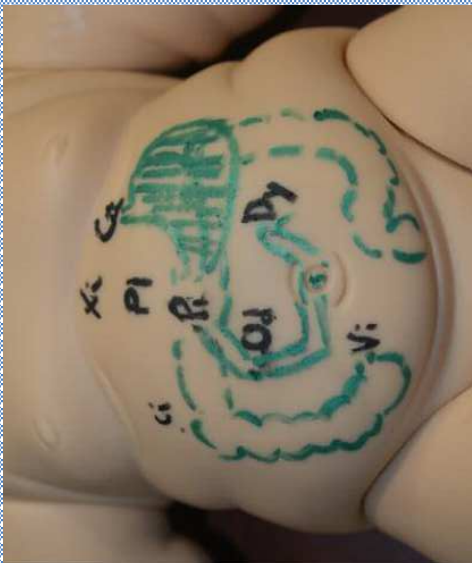
PROTOCOLO DE MASAJE ABDOMINAL (Cassar, 2001) ADAPTADO PARA EL BEBÉS

1. Técnica de roce superficial (*Effleurage*) y profundo del abdomen en sentido horario y siguiendo forma «cuadrangular».
2. Técnica de roce +profundo transversal a las fibras musculares («rueda hidráulica» + «espiga» + compresión (*Petrissage*) del tejido estriado
3. Técnicas de movilización visceral:
 - 3.1. Deslizamientos en dirección caudal-medial y posterior del colon sigmoides situando al bebé en decúbito lateral derecho.
 - 3.2. Deslizamiento a línea media de colon ascendente, transverso y descendente
 - 3.3. *Effleurage* de la región gástrica (sentido descendente) en posición de «cama motora».
 - 3.4. *Effleurage* de la circulación portal (sentido oblicuo desde fosa ilíaca izquierda a parrilla costal derecha) con el bebé en decúbito supino.
 - 3.5. Compresión suave de la región hepática situándonos en el lado derecho del bebé con éste en supino.
 - 3.6. Roces ondulantes sobre intestino delgado

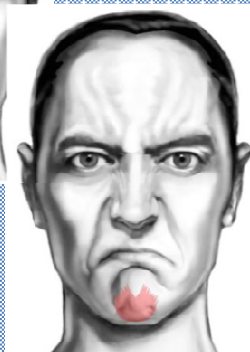
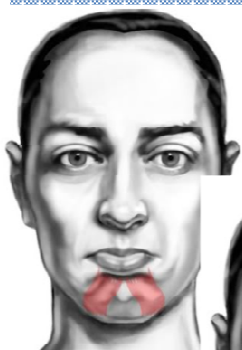
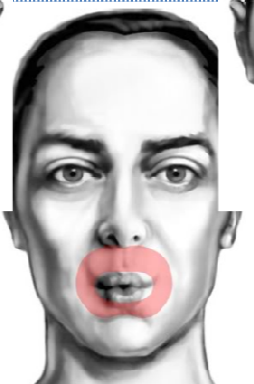
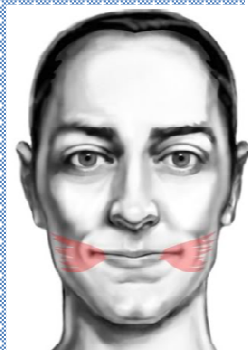
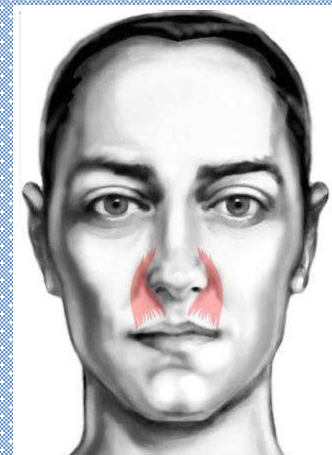
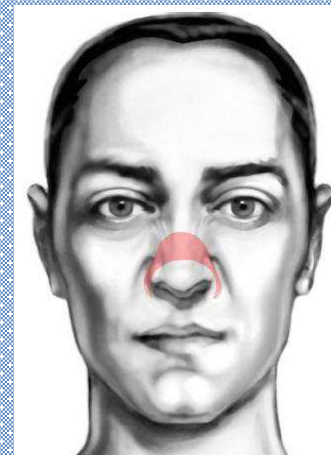
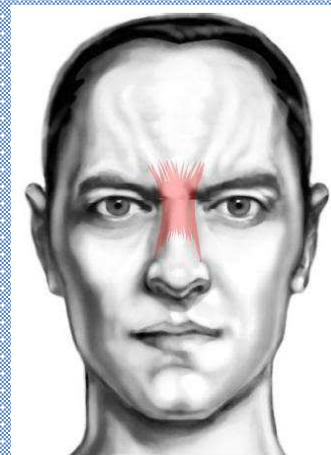
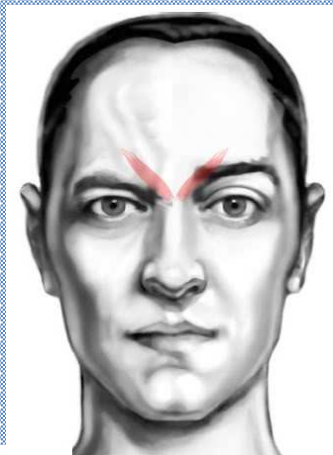
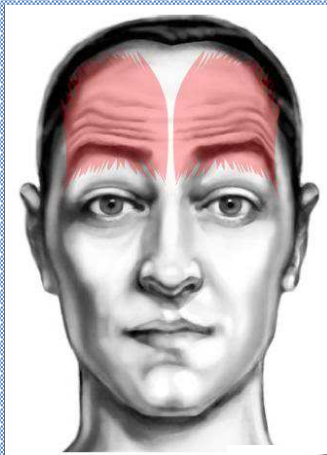


PROTOCOLO MASAJE SIGUIENDO EL MÉTODO DE “CADENAS FISIOLÓGICAS”





Músculos relevantes en la dinámica orofacial del bebé



EL MASAJE FACIAL

Masaje de roce superficial y profundo en sentido de las fibras, «contrario a las arrugas».

Técnica: dedo-sobre dedo + suave vibración final en sentido del estiramiento del tejido (sin vibración si la finalidad es relajar y no estimular)

Objetivo principal: relajar/estimular musculatura para favorecer la función y la conducta alimentaria saludable .

Tratamiento perioral previo al intraoral

Da Costa SP, van der Schans CP. The reliability of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. Acta Paediatr. 2008 Jan; 97(1): 21-6



ABORDAJE TERAPÉUTICO ANQUILOGLOSIA

- Tratamiento definitivo: quirúrgico + rehabilitación si se realiza en los tres primeros meses de vida.
- Tratamiento alternativo:
 1. Postural: agarre profundo (“rugby” o cuna inversa, “caballito”).
 2. Pezoneras
 3. Fisioterapia: terapia manual



Cirugía: El “rombo” es clave



- En menores de 6 meses sólo anestesia local o sin anestesia. Bajo riesgo de sangrado.
- Corte realizado con tijeras, bisturí eléctrico o láser.
- El rombo indica que la resección es completa
- Se configura exactamente igual independientemente del tipo de anquiloglosia
- No se dan puntos: el cierre es por segunda intención y se produce en aproximadamente 15 días.



Frenotomy for tongue-tie in newborn infants

Cochrane Systematic Review - Intervention | Version published: 11 March 2017



[View article information](#)

✉ [Joyce E O'Shea](#) | [Jann P Foster](#) | [Colm PF O'Donnell](#) | [Deirdre Breathnach](#) | [Susan E Jac](#)

[View authors' declarations of interest](#)

Abstract *available in* [English](#) | [Español](#)

- Eficaz para disminuir el dolor percibido por la madre en la lactancia materna.
- Intervención segura, sin efectos secundarios.

O`Shea JE, Foster JP et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 (3).



EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

La frenectomía es un procedimiento aún no avalado para el tratamiento de la anquiloglosia

Cecilia Montañés E
Cátedra de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba (Argentina)

Selección de estudios: estudios comparativos para valorar la efectividad (ensayos clínicos aleatorizados y controlados, ensayos no aleatorizados, estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos). Los datos sobre perjuicios fueron recolectados de todos los tipos de estudios incluyendo series y reportes de casos.

Evid Pediatr. 2016;12:6.

La frenectomía es un procedimiento aún no avalado para el tratamiento de la anquiloglosia

madres informaron consistentemente de una mayor eficacia de la lactancia después de la frenectomía, las medidas de resultado fueron heterogéneas y a corto plazo. No se encontraron estudios que abordaran las intervenciones no quirúrgicas o estudios que valoraran resultados a más largo plazo sobre lactancia o crecimiento en comparación con enfoques no quirúrgicos para mejorar la lactancia materna.

Conclusión: una débil e insuficiente evidencia sugeriría que la frenectomía puede estar asociada con una mejoría en el amamantamiento y en el dolor del pezón.



Journal section: Oral Medicine and Pathology
 Publication Types: Research

doi:10.4317/medoral.20736
 http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.20736

Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol

Elvira Ferrés-Amat ¹, Tomasa Pastor-Vera ², Eduard Ferrés-Amat ³, Javier Mareque-Bueno ⁴, Jordi Prats-Armengol ⁵, Eduard Ferrés-Padró ⁶

Vista de página Girar Herramientas Documentos

	Girar	Herramientas	Documentos
Pediatrician	17 (16.8%)	0 (0.00%)	14 (18.9%)
Odontopediatrician	24 (23.8%)	3 (27.3%)	18 (24.3%)
Orthodontist	28 (27.7%)	6 (54.5%)	18 (24.3%)
Speech Therapist	16 (15.8%)	2 (18.2%)	12 (16.2%)
Maxillofacial Surgeon	14 (13.9%)	0 (0.00%)	10 (13.5%)
School	2 (1.98%)	0 (0.00%)	2 (2.70%)
Surgical complications:			
No complication	94 (93.1%)	10 (90.9%)	68 (91.9%)
Post-anaesthesia bite	4 (3.96%)	0 (0.00%)	4 (5.41%)
Haemorrhage	1 (0.99%)	0 (0.00%)	1 (1.35%)
Infection	2 (1.98%)	1 (9.09%)	1 (1.35%)
Patient collaboration:			
Inadequate	22 (21.8%)	8 (72.7%)	14 (18.9%)
Adequate	79 (78.2%)	3 (27.3%)	60 (81.1%)
Post-surgical frenulum:			
Degree-1	1 (0.99%)	1 (9.09%)	0 (0.00%)
Degree-2	28 (27.7%)	9 (81.8%)	18 (24.3%)
Degree-3	72 (71.3%)	1 (9.09%)	56 (75.7%)
Post-surgical result:			
Not improved	72 (71.3%)	1 (9.09%)	56 (75.7%)
Improved	29 (28.7%)	10 (90.9%)	18 (24.3%)
Rehabilitation frenulum:			
Degree-1	31 (30.7%)	8 (72.7%)	22 (29.7%)
Degree-2	66 (65.3%)	3 (27.3%)	48 (64.9%)
Degree-3	4 (3.96%)	0 (0.00%)	4 (5.41%)
Rehabilitation result:			
Not improved	4 (3.96%)	0 (0.00%)	4 (5.41%)
Improved	97 (96.0%)	11 (100%)	70 (94.6%)

Conclusion

The treatment of choice for ankyloglossia is the frenectomy and lingual plasty associated to lingual myofunctional rehabilitation. Myofunctional rehabilitation begins one week before the surgical intervention, and the patient is explained the lingual praxis that will be carried out in the following weeks. The objective of this protocol is that the patient learns the exercises without pain. The results of our study demonstrate that the surgical technique of frenectomy with rhomboid plasty, the patient improves its lingual mobility. If this is reinforced with rehabilitation exercises and good patient collaboration, the results are excellent.



Sociedad Española Cirugía Oral y Maxilofacial

6.1. Indicaciones para el tratamiento

Según la bibliografía reciente, las indicaciones más consensuadas serían:

1. Trastornos del habla, en especial para la articulación de la palabra y sólo en aquellos niños que hayan sido evaluados por un profesional foniatra.
2. Niños con limitaciones mecánicas evidentes (incapacidad para sacar la lengua y, localarse el labio superior con la punta de la misma).
3. Recién nacidos y lactantes con inconvenientes para alimentarse y succionar.

6.2. Objetivos terapéuticos

Dos son los principales objetivos del tratamiento del frenillo lingual corto:

- En primer lugar, corregir los trastornos de la articulación de las palabras para conseguir un desarrollo completamente normal del lenguaje y del habla, así como una integración plena del niño en su propio medio, evitando de esta manera el fracaso escolar.
- En segundo lugar, prevenir el retraso del crecimiento derivado de los problemas de lactancia ocasionados por la anquiloglosia en pacientes seleccionados

<http://www.secom.org/wp-content/uploads/2014/01/cap02.pdf>



Guía clínica de salud

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

Calidad muy baja

La realización de una frenotomía en lactantes con anquilosis no reduce el dolor, pero sí aumenta la duración de la lactancia materna reportada por la madre, mejorando la eficacia de la lactancia a corto plazo. En cuanto a efectos adversos de la intervención, estos no son importantes (317-320).

Antes de practicar una frenotomía, en los lactantes con anquilosis se debería realizar una historia de lactancia y una evaluación en profundidad de las tomas por profesionales expertos en lactancia materna.

Si con las medidas de apoyo que se instauren los problemas persisten, se debería realizar una frenotomía por profesionales expertos para mejorar la efectividad de la lactancia.

Pediatría atención primaria

Actualización 2017



La evidencia actual parece demostrar que, **a pesar de la anquilosis, la mayor parte de los bebés son capaces de alimentarse al pecho con éxito.** Esto se debe a la capacidad del pecho materno de variar su forma. Permite un agarre válido y un flujo de leche adecuado. Si un niño tiene frenillo lingual corto, pero aumenta de peso y la madre no tiene dolor, no hace falta ninguna intervención.

En cambio, **si hubiera dificultades**, se debería observar una toma por parte de los profesionales que atienden a madre y niño, tanto en el hospital como en el centro de salud.

<http://www.familiasalud.es/vivimos-sanos/lactancia-materna/resolviendo-dudas/frenillo-lingual-corto-y-lactancia-materna>



Ejercicios para la región perioral

1. Trazar círculos alrededor de los labios
2. Protruir los labios superior e inferior alternativamente con dedos primero y segundo de forma rápida y suave, pases rápidos por labio superior e inferior, con pinza bilateral
3. Primero, segundo y tercer dedos trabajamos los labios «en bocadillo» con movilización.
4. Presa tridigital con primer dedo en mentón, segundo en mandíbula y tercero para «barrido»: estimular el cierre de la boca, la configuración de estructuras orales y la deglución.
5. Barrido (estimulante) desde «ATM» hasta la comisura de los labios.
6. Presiones circulares con dedos segundo y tercero en la región central del masetero.



TÉCNICAS INTRAORALES

Masaje circular en las encías de las zonas vestibulares.

Masaje del paladar duro: movimientos circulares y de alisamiento hacia un lateral y en sentido anteroposterior hasta llegar al límite del paladar blando. Al finalizar, presa tridigital de control.

Masaje de la lengua: estimular la región central con el dedo índice, desplazar dedo índice hacia los lados desde la línea media y con dedil de hielo en la región central.

Movilizaciones linguales: hacia fuera, lateralizaciones y rotaciones.

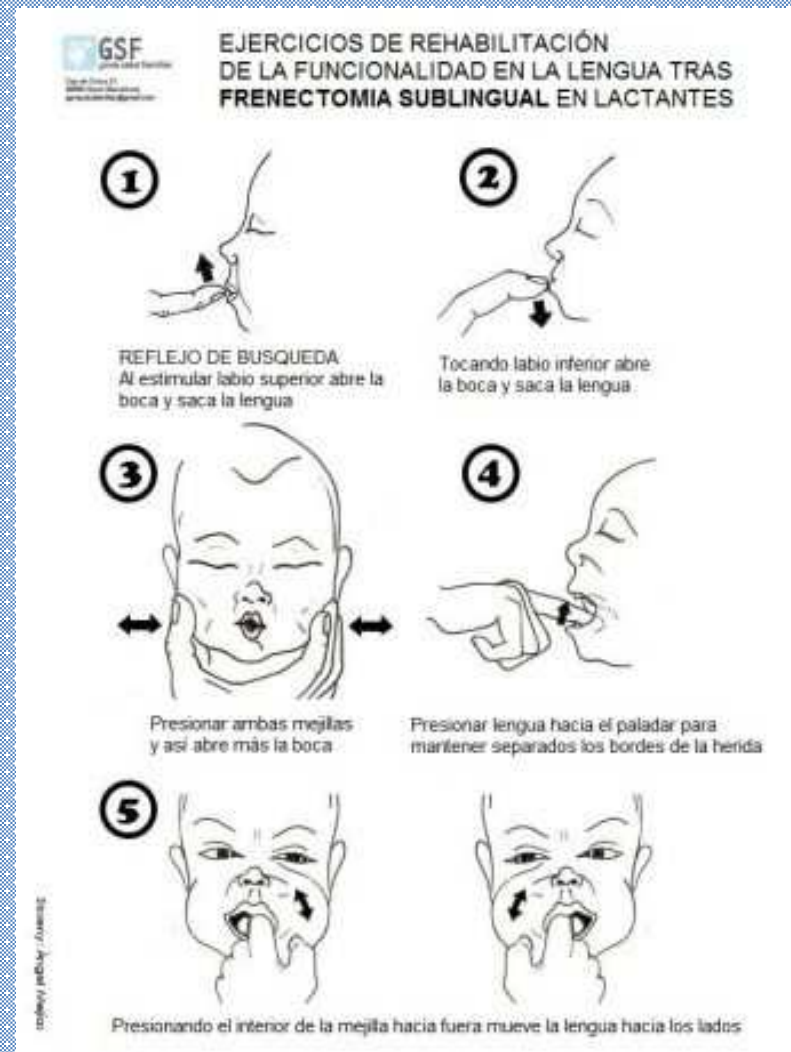
- Estimular digitalmente el ápex de la lengua del bebé realizando toques suaves de presiones rítmicas.
- Estimular digitalmente los laterales de la lengua y la encía de forma simultánea tres veces de cada lado, siempre, en dirección, posteroanterior, o sea, hacia el ápex de la lengua.
- Realizar un masaje sobre la lengua en dirección posteroanterior que se repetirá tres veces.

HAZELBAKER



Ejercicios tras frenotomía

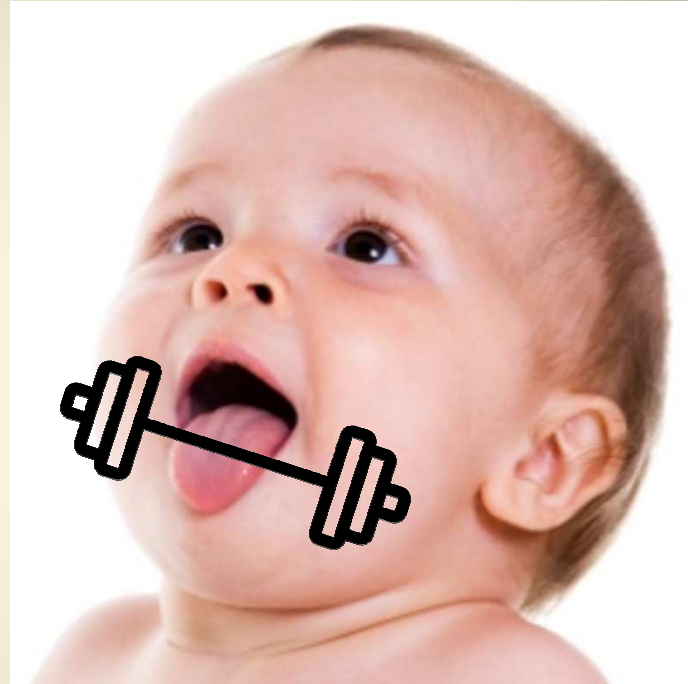
- Forman parte del proceso de **reeducación miofuncional**.
- La musculatura de la lengua, que ha permanecido durante un determinado tiempo con una limitación funcional por la anquiloglosia, necesitará una estimulación adecuada.
- La relajación y estiramiento adecuado del músculo geniogloso es clave, pues nunca se había estirado lo suficiente para permitir que la lengua salga de la boca por encima del labio inferior.
- El aumento de tono del estilogloso es clave para elevar la lengua y moldear el paladar.



LUIS RUIZ - CIRUJANO



Descripción de los ejercicios de reeducación funcional de la lengua



- Objetivos: activar y tonificar la musculatura de la lengua y evitar que aparezca adherencias tisulares (y que se peguen los bordes de la herida. El riesgo de adherencias es mayor a las 6-7 semanas.
- Los ejercicios se realizan durante 2 meses, cada cuatro horas, y la primera semana, también por la noche.



Enumeración de los ejercicios

1. Estimular el reflejo de búsqueda y la extensión de la lengua. Con el bebé en posición de cuna, usar el dedo índice para tocar el labio superior y el labio inferior.
2. Frente al bebé, usar el índice para favorecer la succión y la elevación de la lengua empujando el mentón hacia caudal y con segundo y tercer dedo, empujar hacia craneal de forma externa desde el suelo de la boca.
3. Frente al bebé, usar el índice para tocar el paladar duro y mantener unos segundos; además, combinarlo con la estimulación en círculos de la musculatura orofacial (y posición del “conejito”).
4. Masaje de lateralización de la lengua en el lado derecho e izquierdo de la lengua. Pases en dirección postero-anterior, rápidos. De frente al bebé.
5. Por detrás del bebé, realizar un apoyo suave de primer dedo en la frente y tercero en mentón para usar el segundo como palanca de relajación tisular bajo la lengua. Estirar el tejido a nivel medial desde el suelo de la boca al ápex de la lengua.



Case Report

Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the Newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy, and Frenotomy

Elvira Ferrés-Amat,^{1,2,3} Tomasa Pastor-Vera,⁴ Paula Rodríguez-Alessi,⁵
Eduard Ferrés-Amat,¹ Javier Mareque-Bueno,^{1,6} and Eduard Ferrés-Padró¹

¹Service of Oral and Maxillofacial Surgery, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

²Service of Pediatric Dentistry, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

³Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

⁴Service of Speech and Orofacial Myofunctional Therapy, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

⁵Service of Pediatrics and Service of Human Lactation, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, Spain

⁶Department of Oral and Maxillofacial Medicine and Oral Public Health, Faculty of Dentistry, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

Correspondence should be addressed to Elvira Ferrés-Amat;

Received 21 June 2016; Accepted 8 August 2016



FIGURE 1: Lingual frenum with degree II ankyloglossia.

In our protocol, we stimulate sucking and rooting reflexes before frenotomy, in cases of tongue-tie, to improve the orofacial function and we agree with Martinelli et al. who in their histological study said that the frenulum with ankyloglossia had significant number of striated skeletal muscle fibers. The high amount of type I collagen fibers in deep areas may justify the restriction of the tongue movement. Due to this fact, lingual frenotomy may be considered the appropriate procedure to release the tongue in order to provide better oral functions [12].

The evolution of our patient, after the breastfeeding sessions, orofacial stimulation, and the frenotomy, was very favourable, managing to address the sucking problems that the newborn baby presented. It improved through eliminating the pain of the mother; the times of the feeds were reduced, and the newborn managed to reach the ideal weight for his age.

The age of the patients is a decisive factor to achieve optimal results, and it is vital to act as soon as possible and in a multidisciplinary way. The collaboration and motivation of the family also play a decisive role in the resolution of unproductive suctioning in newborns, and it is essential to attend all the check-ups and programmed sessions and comply with the guidelines set out for newborns and accomplish all the tasks assigned.



17:56

... 20



tonguetiebabies



630 reproducciones · Le gusta a **herrero bogajo**

consultadela lactancia Los ejercicios

postfrenectomía son importantes para conseguir una buena movilidad y cicatrización de la lengua.

Este ejercicio separa los bordes de la herida para evitar que se peguen y que la herida en forma de rombo vaya cerrando desde fuera hacia adentro.

No hace falta tocar la herida, sólo presionar en los laterales y subir la punta de la lengua en dirección al paladar.



Autores / Título	Diseño	Variables de estudio	Integración de la Terapia Manual	Principales resultados
Slothouber J, Fisher K, Patel S. Does postoperative wound massage improve outcome of frenulotomy for breastfeeding difficulties in infants?	Ensayo clínico	Confort, tolerancia y eficacia en la lactancia materna a través de la tasa de conservación de la LM.	Disruptive wound management (DWM). Massage after frenotomy.	Tasa de amamantamiento tras frenotomía del 92%, mejorando significativamente la tolerancia, la confortabilidad en la toma y la eficacia.
Ferres E, Pastor T et al. Management of Ankyloglossia and Breastfeeding Difficulties in the newborn: Breastfeeding Sessions, Myofunctional Therapy and Frenotomy.	Estudio de casos	Eficacia de la succión para la lactancia, presencia de reflujo gastroesofágico y dolor percibido por la madre.	Masaje intraoral y estiramientos del tejido	Mejoras significativas en el postoperatorio entre las puntuaciones preoperatorias en comparación con las puntuaciones de 1 semana y 1 mes del RGE: BSES-SF (F (2) = 212,3; P < 001), el I-GERQ-R (F (2) = 85,3; P < 001), el dolor VAS (F (2) = 259,8; P < .001) y la ingesta media de leche materna mejoró un 155% de 3,0 (2,9) a 4,9 (4,5) mL/min (P < .001).
Bobak A, Ghaheri, MD. Breastfeeding Improvement Following Tongue-Tie and Lip-Tie Release: A Prospective Cohort Study	Estudio de cohortes prospectivo	Duración de las tomas, dolor percibido por la madre y ganancia de peso del bebé	Estimulación de la succión y búsqueda y ejercicios intra y periorales realizados por expertos y se enseñan también a los padres	La variable que cambia de forma más significativa es la percepción del dolor, aunque también el bebé coge peso y la duración de las tomas se reduce (signo indicativo de mejoría en el agarre y en la productiva de las tomas)
Barber S, Oakley S. Does postoperative wound massage improve outcome of frenulotomy for breastfeeding difficulties in infants?.	Carta al Director	Tasa de lactancia materna tras frenotomía	Se mencionan el masaje y los estiramientos como recurso de intervención manual tras frenotomía, pero con prudencia.	Esta carta al director es una crítica al ensayo de Slothouber y cols., pues actualmente la tasa de mantenimiento de la LM es del 43% a los 3 meses, por lo que se consideran importantes controversias del ensayo en torno a la metodología de investigación, sesgo de los investigadores y déficit de cegado.



Chillón R., y cols. Efectividad de los Ejercicios de Rehabilitación tras frenectomía. X Congreso de Lactancia Materna. Santiago de Compostela, 2019.

CONTROVERSIA

- **A las madres y padres les cuesta trabajo realizar estos ejercicios** porque el bebé puede llorar: son frecuentes, suelen prescribirse cada cuatro horas y el bebé suele llorar, por lo que la tarea suele convertirse en una carga familiar.
- **No existe un consenso** en cuanto al programa/protocolo de ejercicios.
- **No suelen realizarse seguimientos** de tutela en la práctica de estos ejercicios y los padres muestran un bajo nivel de adherencia.
- **No siempre se usan las mismas herramientas diagnósticas de la anquiloglosia**, pero es evidente que no se puede dejar de valorar la influencia de esta en las tomas, por lo que si la cirugía es controvertida, la realización de Fisioterapia, también.



CONTROVERSIAS

- **La posición de sujeción del bebé y la introducción de los dedos en la boca**, por sí mismos, son factores de incomodidad que pueden provocar el malestar y el llanto en el bebé, además de dolor intraoral.
- **Los ejercicios son tan importantes como la cirugía** y el hecho de tener que practicarlos es necesario tenerlo asumido, si no, la falta de adherencia puede provocar que la cirugía deba ser repetida. Sin embargo, aún hay un déficit de evidencia científica en niños de menos de 7 años.
- **Las adherencias de tipo fascial** que pueden generarse en todo el proceso podría tener consecuencia en el desarrollo del sistema estomatognático y postural en la primera infancia.
- **Los/as fisioterapeutas tenemos competencia profesional en estos casos**, sin embargo, son pocos los profesionales expertos en esta cuestión y, además, existe un importante déficit de derivación interprofesional.





HOME • BLOG • PATIENT INFO • OFFICE INFORMATION • RESOURCES •
EMAIL DR. GHAHERI • DOWNLOADS • ABOUT

DRGHAHERI.COM

TONGUE TIE | TONGUE TIE AND BREASTFEEDING | TONGUE TIE LASER SURGERY

JUNE 22, 2015

THE IMPORTANCE OF ACTIVE WOUND MANAGEMENT FOLLOWING FRENOTOMY

by Bobby Ghaheri

[Rethinking Tongue Tie Anatomy: Anterior vs Posterior is Irrelevant](#)

[How to Choose Your Provider: Does Laser vs Scissors Matter?](#)

[The Evidence Supports Treating Tongue Tie for Breastfeeding Problems](#)

[The Difference Between a Lip Tie and Normal Labial Frenulum](#)

[Breastfeeding Problems Can Affect the Emotional Health of Mom and Baby](#)

[Tongue Tie vs Lip Tie: Which is More to Blame?](#)

[The Importance of Active Wound Management Following Frenotomy](#)

[The Misunderstanding of Posterior Tongue Tie Anatomy and Release Technique](#)

[FAQ - Tongue Tie and Lip Tie](#)

[Before, During and After Your Procedure - Patient Care Information](#)

[Russian Translation of Aftercare Instructions](#)

[Spanish Translation of Aftercare Instructions](#)

[Convenient PDF download that puts together the components of diagnosis, aftercare and getting more information about ties \(by Melanie Henstrom IBCLC\)](#)

ACEPTACION

Cabeza “elevada” sosteniendo la mirada
Manos abiertas
Dedos semiflexionados o extendidos, relajados
Emisión de sonidos
Sonrisa

RECHAZO

Fruncimiento del ceño
«Pucheros»
Inicio del patrón extensor
Flexión palmar
Llanto

✦ La estimulación puede ser inadecuada por:

- 1.- Ser escasa o poco seductora → *aumentar* la presión
- 2.- Ser excesiva o irritante → *reducir* la presión o rapidez.
- 3.- Estar fuera de la región corporal que le agrada más: *cambiar*

✦ Si persisten los signos de rechazo:

- 1.- Dejar el masaje para más tarde.

Walker P. El arte práctico del masaje infantil. Paidotribo, 2008.



