

# Técnica de suplementación bránula al dedo en apoyo a la lactancia materna. Reporte de casos

*Branula and finger supplementation technique in support of breastfeeding. Case report*

Araceli Saavedra S.<sup>1</sup>, Josefa Molina S.<sup>2</sup>, Ruth Prieto G.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matrona, Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Chile. Carrera #228, Temuco.

<sup>2</sup>Fonoaudióloga, Departamento de Salud Municipal Padre Las Casas, Chile. Francisco Pizarro #680, Padre Las Casas.

<sup>3</sup>Matrona, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Universidad de La Frontera, Chile. Claro Solar #115, Temuco.

\*Autor para correspondencia: araceli.saavedra@ufrontera.cl

RECIBIDO: 05 de Junio de 2021

APROBADO: 06 de Septiembre de 2021



DOI: 10.22370/rev.mat.2.2021.2791

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERESES

**Palabras claves:** *Lactancia materna, nutrición del lactante, leche humana, destreza motora.*

**Key words:** *Breast feeding, infant nutrition, human milk, motor skills.*

## RESUMEN

**Introducción:** existe consenso respecto de los beneficios de la lactancia materna (LM). Sin embargo, se pueden presentar dificultades para amamantar debido a diferentes causas. Los equipos profesionales deben conocer las diferentes herramientas para apoyar en el establecimiento y la mantención de la LM.

**Objetivo:** exponer los resultados de casos clínicos con éxito en el uso de la técnica de suplementación por bránula al dedo y proponer un flujograma para la toma de decisiones en la suplementación.

**Material y método:** se presentan tres casos clínicos con dificultades para establecer la lactancia, implementando el método de bránula al dedo como técnica de suplementación. Una vez alcanzado el rendimiento motor orofacial necesario para la alimentación, se comienza con la técnica de suplementación de sonda al pecho.

**Descripción de casos y resultados:** la suplementación es llevada a cabo por la madre o acompañante, guiada por un profesional capacitado.

Los pilares fundamentales son: exclusión de tetinas, favorecer y entrenar el patrón de succión del lactante y la comunicación fluida con la madre.

**Conclusión:** la técnica de suplementación temporal por bránula ha mostrado buenos resultados en los casos presentados. Esta técnica se centra en la estimulación de la succión del lactante, acompañamiento integral y trabajo en equipo.

## ABSTRACT

**Introduction:** there is consensus regarding the benefits of breastfeeding (BF). However, breastfeeding difficulties can occur due to different causes. Professional teams must know the different tools to support the establishment and maintenance of the BF.

**Objective:** to present the results of clinical cases with success in the use of supplementation by finger bránula technique and propose a flow chart for decision-making in supplementation.

**Material and method:** three clinical cases are presented with difficulties in establishing lactation, implementing the bránula al finger method as a supplementation technique. Once the orofacial motor performance necessary for feeding has been achieved, the breast tube supplementation technique is started.

**Description of cases and results:** the supplementation is carried out by the mother or companion, guided by a trained professional. The fundamental pillars are: exclusion of teats, promoting and training the sucking pattern of the infant and fluid communication with the mother.

**Conclusion:** the technique of temporary supplementation by bránula has shown good results in the cases presented. This technique focuses on the stimulation of the sucking of the infant, comprehensive monitoring and teamwork.

## INTRODUCCIÓN

Debido a los beneficios comprobados del amamantamiento en la salud de niños y niñas es que las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de UNICEF respecto de la lactancia materna son: iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida del niño o niña, alimentarle con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses, y extender la lactancia materna -complementada con otros alimentos- hasta los dos años o más (1).

Asimismo, dado el consenso mundial acerca de las múltiples ventajas y beneficios de la lactancia materna, es que su elección como primera práctica de alimentación en la infancia es promovida por diferentes instituciones asociadas a la salud de niños, niñas y mujeres que amamantan.

En Chile, según el último informe de Vigilancia Nutricional del año 2017 (2), el 56,32% de los niños y las niñas recibe lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida, cumpliéndose de esta manera con la meta de la Organización Mundial de la Salud que proyectaba alcanzar el 50% de LME en el año 2020 (3). Es importante mencionar que un alto porcentaje de mujeres abandona la práctica de lactancia por la percepción de ingesta insuficiente por parte del lactante, sin recibir previamente apoyo profesional o asesoría técnica, lo que fundamenta la necesidad de que se cuente con respaldo en el proceso de inicio e instalación de la lactancia (4)(5).

Según el documento “Orientaciones técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna”(6), frente a casos de mal incremento ponderal, tomar las medidas correspondientes a tiempo se transforma en una urgencia, puesto que el niño o niña puede caer en una situación de pérdida de peso crítica, la cual requiere de suplementación inminente cubriendo el 100% de los requerimientos nutricionales. Como el protocolo N°3 de la Academia Médica de Lactancia (ABM) señala, es importante tener en consideración los motivos correctos para realizar tomas suplementadas, entre las que se encuentran condiciones de salud del recién nacido, signos y síntomas de una transferencia insuficiente de leche y condiciones de salud de la madre (7). A la vez, se hace relevante la evaluación de señales de un amamantamiento efectivo, entre las que destaca un aumento de peso normal como principal parámetro de valoración, siendo los hitos principales una pérdida de peso posterior al nacimiento de al menos un 10% y una recuperación del peso en un plazo máximo de quince días, posterior a ello según evaluación nutricional (6).

Cabe destacar que para lactantes menores de seis meses, la primera recomendación sanitaria siempre será la leche materna exclusiva a libre demanda, teniendo presente que en los casos que amerite -según evaluación del profesional capacitado- se deberá suplementar transitoriamente con leche materna extraída o fórmula de inicio (6)(7). Las técnicas de administración de leche extraída y suplementos deben corresponder al mecanismo que interfiera lo menos posible con su succión fisiológica (8).

Asimismo, hay que considerar que la alimentación oral depende del estado del neurodesarrollo relacionado con la organización de la conducta. En el caso de un recién nacido de término, es posible observar una regulación cardiorrespiratoria y la habilidad de producir una coordinación entre los patrones de succión deglución y respiración necesarios para la alimentación segura. Además, la anatomía de la vía oral y faríngea en los primeros meses de vida subyace y facilita la alimentación al pecho (la mandíbula es desproporcionadamente pequeña en comparación con el cráneo).

Esto se explica por el hecho de que la lengua llena la cavidad oral y deja poco espacio para la variación en movimientos linguales, ya que también las almohadillas de grasa en las mejillas estrechan la cavidad oral en la dimensión lateral, limitando el movimiento (9)(10). También cabe consignar que el tercio poste-

rior de la lengua se encuentra dentro de la cavidad oral puesto que la laringe está mucho más arriba que en el adulto, sin el ángulo de separación de 90 grados. Así, las cavidades orales y faríngeas aproximan el paladar blando a la epiglotis. Este posicionamiento de la laringe alta y bajo la base de la lengua aporta al lactante protección parcial de la vía aérea, disminuyendo el riesgo de aspiración de líquido en los pulmones. Esta configuración anatómica apoya el acto de amamantar, debido a los movimientos anteroposteriores de la lengua, necesarios para extraer leche materna del pecho. Lo anterior permite una alimentación eficiente en un lactante, que demora alrededor de 30 minutos o menos (9).

En definitiva, es fundamental que los hitos del desarrollo de la motricidad orofacial se encuentren avanzados, para favorecer la lactancia materna exclusiva.

### Hitos del desarrollo motor oral

Dentro de los hitos del desarrollo motor más significativos se describen (9):

Semana de gestación	Hito del desarrollo motor oral
15 - 17	Succión
18-24	Movimientos linguales anteroposteriores
22 - 24	Deglución consistente
28 - 30	Acanalamiento lingual
32	Deglución madura, no coordinada, succión rápida sin deglución
33	Grupos de succiones 2-3 sin deglución asociada
34	Mecanismo más maduro
36	Logra coordinación de succión deglución respiración

Tabla 1: Hitos del desarrollo motor oral

Los movimientos linguales intraorales necesarios para generar la succión difieren según el tipo de alimentación.

En la succión al pecho materno, la lengua forma un surco medio longitudinal con dos bordes periféricos y una fosa central. En esta fase, el descenso de la base de la lengua genera la presión negativa que favorece la extracción de la leche mientras que en la succión con mamadera los movimientos de la lengua se asemejan a un pistón con movimientos alternos de la punta y de la base. Estos movimientos linguales también pueden cambiar en relación con la madurez del lactante y son más notorios a partir de los dos

meses de vida. Tanto en la succión al pecho como en la succión con mamadera, el descenso de la mandíbula y el movimiento de la lengua son los factores más importantes para generar la presión de succión (10).

Las teorías de aprendizaje motor afirman que existen patrones primitivos iniciales que se mantienen y son afinados agregándose nuevos patrones. Esto sugiere que si el lactante recibe un estímulo externo que le permita afinar el patrón motor oral, como por ejemplo con la técnica de jeringa/bránula al dedo durante la alimentación, probablemente sería posible afinar los movimientos motores orales; anteroposteriores y acanalamiento lingual, que permitan una succión más fuerte, rítmica y eficiente (11).

Por otro lado, se debe considerar que es posible inducir cambios plásticos en el sistema nervioso, considerando (12):

- El estímulo adecuado
- Frecuencia en que se presenta el estímulo adecuado
- Tiempo de duración del estímulo
- Edad al momento del estímulo

Todos estos factores sugieren que la exposición al patrón motor más eficiente durante la alimentación con la técnica jeringa/bránula al dedo facilitará el aprendizaje motor para el desempeño de la motricidad orofacial durante la alimentación del lactante al pecho materno (13).

Considerando lo anterior y la experiencia de los casos expuestos, se recomienda optar por una técnica de suplementación que favorezca directamente el desempeño motor a través de la modulación del movimiento linguo-mandibular de la succión durante la alimentación con jeringa/bránula al dedo, para afinar los patrones motores de manera que sean más eficientes para la alimentación al pecho materno, favoreciendo así el éxito de la lactancia materna exclusiva.

## OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo exponer los resultados de casos clínicos que tuvieron éxito en el uso de la técnica de suplementación por bránula al dedo y proponer un flujograma para la toma de decisiones en la suplementación para el éxito de la LM.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron tres casos clínicos en que las madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia y se implementó el método de bránula al dedo como técnica de suplementación temporal. En todos los casos se solicitó consentimiento informado para la presentación de antecedentes, en el que se manifiesta el cumplimiento de los principios éticos de la investigación clínica.

En los casos a describir, se realiza tanto evaluación como seguimiento, en contexto domiciliario en atención particular, a cargo de matrona y fonoaudióloga con experiencia y formación en lactancia materna y motricidad orofacial, mediante observación clínica.

Esta técnica consiste en la utilización de una jeringa de 20 ml y una bránula calibre N°20, ambas deben ser conectadas.

El posicionamiento debe comenzar con una postura cómoda para la madre (o padre) y el lactante, contenido y acunado con sus extremidades hacia la línea media, en un ángulo de 45°. Se comienza estimulando el reflejo de búsqueda, como precursor del reflejo de succión, tocando la mejilla desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura labial. Luego se introduce la falange distal del dedo índice en la cavidad oral del lactante hasta tocar las rugosidades palatinas con la yema del dedo. Lateralmente y hacia la punta del dedo índice, se posiciona la bránula, mientras se sujeta el cilindro de la jeringa con el resto de la misma mano. Con la otra mano se empuja suavemente el émbolo sólo en el inicio de la alimentación. Se deben realizar movimientos anteroposteriores que acompañen el movimiento natural del lactante, y así estimular la motricidad orofacial necesaria para la succión al pecho, siguiendo los grupos de succión del recién nacido, y si se detiene la succión, se debe respetar la pausa, procurando que no sea mayor a 15 segundos. Se debe considerar durante la estimulación, la amplitud, ritmo y fuerza de la succión (14).

Una vez alcanzado el rendimiento motor orofacial necesario para la alimentación, se comienza con la técnica de suplementación de sonda al pecho hasta alcanzar el incremento ponderal esperado para la edad.

La implementación de esta técnica de suplementación implica un trabajo en equipo en que se hace imperativo destacar el rol del profesional fonoaudiólogo/a en la evaluación de la motricidad

orofacial del lactante, que implica la observación de las estructuras orofaciales desde la anatomía hasta su funcionalidad. Observando indemnidad de reflejos orofaciales, indemnidad de estructuras como labios, lengua, mejillas, paladar blando, encías y frenillo sublingual y sublabial. Además se observa la movilidad de las estructuras, principalmente de la lengua, observando el alcance lingual con movimientos anteroposteriores y acanalamiento lingual durante la succión al dedo, para valorar la fuerza de la succión no nutritiva (15)(16).

El trabajo multidisciplinario involucra que estos profesionales en conjunto con el equipo de salud evalúen permanentemente el avance de la técnica de suplementación. Esto es de suma relevancia para el profesional matrona/ón, debido a su accionar en la atención de la diada a lo largo del proceso de lactancia, tanto en el conocimiento de la técnica, educación a los padres y la correcta identificación de hallazgos que requieran derivación y manejo en equipo multidisciplinario.

El seguimiento para la evaluación del cumplimiento de los hitos necesarios para la alimentación al pecho se establece dependiendo de las necesidades de suplementación temporal, monitoreo de una ingesta suficiente de leche materna e incremento ponderal, estableciendo de a cuerdo a ello, controles entre tres a siete días.

## DESCRIPCIÓN DE CASOS Y RESULTADOS

De los casos presentados, tanto las madres como los lactantes estaban sanos, nacidos de partos de término (RNT), de vértice espontáneo, sin comorbilidades. Los lactantes presentan una anatomía normal de la cavidad oral, compartiendo algunas características, tales como: percepción de la madre de producción insuficiente y de insatisfacción del lactante, incorporación de fórmula y mamadera sin técnica adecuada y dolor o malestar de la madre al amamantar.

**CASO 1:** RNT 39 semanas adecuado para la edad gestacional (AEG), de 20 días, que no ha recuperado peso de nacimiento, con lactancia materna diferida por dificultad en el acople e interferencia en el patrón de succión, donde se observa falta de acanalamiento lingual, retracción lingual y falta de apertura de la boca en el agarre. Esto debido a la utilización previa de mamadera como método de suplementación sin una técnica ni elección adecuada. Se sus-

pende el uso de todo tipo de tetinas y se inicia suplementación con jeringa/bránula al dedo durante siete días, al cabo de los cuales se realiza la evaluación del patrón de succión, determinando que se encuentra en condiciones de comenzar el entrenamiento con sonda al pecho, sin forzar, intentándolo de manera respetuosa y paulatina, con asesoramiento para conseguir el acople correcto. Tras tres semanas se consigue la lactancia materna directa.

**CASO 2:** RNT 38 semanas AEG de 15 días de vida, que no ha recuperado peso de nacimiento, con lactancia materna exclusiva y directa. Durante la evaluación de succión se evidencia succión medianamente débil y falta de apertura bucal. Se indica suplementación con fórmula y/o leche materna (según disponibilidad), utilizando la técnica de jeringa/bránula al dedo o sonda al pecho indistintamente según presencia y comodidad materna. Los padres de la recién nacida deciden utilizar la técnica de jeringa/bránula al dedo para ser administrado por el padre y de esta forma participar activamente en el establecimiento de la lactancia. En forma paralela se orienta al aumento de la producción láctea con la extracción frecuente y el amamantamiento a libre demanda. Al cabo de dos semanas se logró establecer la lactancia materna exclusiva.

**CASO 3:** Lactante de un mes de vida, nacido a las 38 semanas de gestación AEG, lactancia materna mixta con fórmula predominante, uso de pezonera en lactancia directa, indicada al alta en puerperio por pezón plano, sin asesoría directa y utilización de mamadera como medio de suplementación sin técnica adecuada, iniciada por un incremento ponderal (IP) menor a lo esperado. La madre manifiesta deseo de amamantar y se asesora para quitar de forma paulatina la pezonera e iniciar la suplementación con jeringa/bránula al dedo en reemplazo de la mamadera. A la evaluación de succión, se observó retracción lingual y falta de apertura bucal, por lo que se indican ejercicios de estimulación motora-oral durante la ingesta con bránula. Tras dos semanas se consigue retirar la pezonera en lactancia directa y se inicia la suplementación con sonda al pecho, sin forzar, intentando de manera respetuosa y paulatina, con asesoramiento para conseguir el acople correcto. Luego de un mes se consigue la lactancia directa, que se mantiene en forma mixta, ahora con leche materna predominante.

El éxito de esta técnica radica en tres puntos básicos. Primero, permite la suplementación sin el uso de tetinas en primera instancia. Segundo, esti-

mula y entrena al lactante para la succión al pecho. Esta técnica es similar al uso de sonda al dedo, con la diferencia en resultar más cómoda para la madre y, además, permitir estimular el patrón de succión favoreciendo los movimientos adecuados necesarios para extraer la leche materna directamente. Tercero, el acompañamiento profesional permite a la madre sentir seguridad basada en la confianza y comunicación con los profesionales tratantes. Esto último es clave, puesto que la técnica con bránula permite evaluar de manera directa los avances logrados.

Por ello uno de los resultados más importantes de la intervención en estos casos, es la toma de decisiones en función de mantener la lactancia materna exclusiva, una vez finalizado el proceso de suplementación.

Para esto se recomienda el uso de un flujograma de suplementación, que al ser temporal debe favorecer la succión (13), a diferencia de una administración ocasional con otros métodos, siempre considerando las características y preferencias de la diada y la forma de administrar la leche materna o en su defecto la fórmula, en beneficio de ambos. (Ver Anexo n°1: Flujograma de suplementación).

Cabe destacar la importancia de favorecer la autoconfianza materna (17) en su capacidad de amamantar y el apoyo del padre o compañero/a de crianza en el establecimiento de la lactancia.

## DISCUSIÓN

El éxito de una alimentación segura en recién nacidos y lactantes requiere de una adecuada coordinación de la succión, deglución y respiración (18). Entendiendo la deglución como el completo acto de llevar el alimento desde la boca hasta el estómago. Además, ésta debe ser eficiente y segura para mantener la estabilidad respiratoria apropiada, para el desarrollo normal a través del tiempo (19). Los patrones normales de alimentación son predictores de un desarrollo normal, como bases para adquirir en el futuro las habilidades para comunicarse (9).

En relación con los resultados de los casos presentados, se destaca la elección de suplementar con una técnica que está orientada principalmente a favorecer el desarrollo del patrón de succión del lactante, para que pueda lograr la lactancia materna al pecho, no solamente pensando en el incremento ponderal, sino también en el desarrollo motor oral.

Esto último permitiría observar, en el tiempo, si este tipo de decisiones favorecen la lactancia materna directa a largo plazo.

La técnica bránula-dedo permite mantener la succión a diferencia de la alimentación en vaso o jeringa y no utiliza tetinas, a diferencia de la mamadera (20). La mantención de la succión durante este período es fundamental, ya que ésta es la manera más adecuada y eficiente de ofrecer los nutrientes necesarios. Por medio de la succión, el RN se alimenta, interactúa con el medio y se satisface emocionalmente, puesto que tiene un efecto calmante (10)(21)(22)(23), en los casos descritos se puede observar que si bien el medio de suplementación utilizado favorecía la succión y su efecto calmante, este no se encontraba adecuado a las necesidades del desarrollo motor oral del lactante para lograr la lactancia directa, evidenciando la necesidad de una evaluación y manejo especializado.

En síntesis, la suplementación idealmente debe ser con leche materna extraída, si esto no es posible se utiliza fórmula láctea. Debe iniciarse en el caso de que el recién nacido no logre el incremento ponderal esperado, cuando la madre no está en las condiciones óptimas, ya sea por su estado de salud o por dificultades en la producción. Y, por último, cuando las características propias del recién nacido asociadas a inmadurez en hitos del desarrollo motor oral y condiciones estructurales, dificultan la lactancia directa de forma temporal.

La primera opción debe ser la alimentación con sonda al pecho, siempre y cuando tenga la motricidad necesaria para acoplarse y succionar de forma adecuada.

En el caso de que esto no sea así, se utiliza la segunda opción: la técnica de bránula al dedo descrita anteriormente. Esto permitirá estimular el desarrollo de la motricidad necesaria para que pueda tomar desde el pecho materno directo. La diferencia entre esta técnica y la técnica de sonda al dedo radica en la comodidad en la manipulación de los utensilios y en la incomodidad para el lactante por el tamaño de la sonda en comparación con la bránula. Esta última es prácticamente imperceptible.

Como tercera opción se debe utilizar la mamadera de forma correcta, tanto en su elección como en la técnica de uso (24).

Por último, como cuarta opción está el uso de otro utensilio como cuchara, vaso o jeringa. Sin embargo, estos utensilios no estimulan la succión y el lactante se pierde todos los beneficios asociados a

ésta como método de alimentación. Es necesario hacer hincapié en que si se debe administrar leche materna o fórmula de manera ocasional podría ser ésta la tercera recomendación para evitar el uso de tetinas y no favorecer su preferencia (25).

## CONCLUSIONES

Existen diversas alternativas para la suplementación de un lactante, sin embargo, es necesario reflexionar sobre cuál es la alternativa que más favorece el desarrollo motor oral, considerando como objetivo final la lactancia materna exclusiva al pecho materno.

Si bien lo más utilizado es la mamadera, esta no permite el entrenamiento de movimientos específicos necesarios para una succión más eficiente al pecho y generalmente se elige sin una asesoría adecuada, por lo tanto, la técnica de bránula al dedo pudiese ser una herramienta útil para el éxito de este proceso. Además, hay que considerar que, en relación con la experiencia de los casos descritos, las familias refieren sentirse seguras y confiadas con esta forma de alimentar.

El trabajo transdisciplinario en este tipo de técnica es clave, puesto que hay ciertos signos y manifestaciones del proceso de succión que se debe trabajar e identificar con la asesoría de profesionales de fonoaudiología, en conjunto con la asesoría y acompañamiento de una matrona o marón, u otro profesional con formación en el área de lactancia, ya que esto es clave no sólo desde la implementación de la técnica, sino, también, como acompañamiento integral de la diada en todo el proceso.

Idealmente todas estas técnicas de suplementación deben ser temporales para después poder incorporar el pecho materno directo exclusivo. No obstante, de acuerdo con la experiencia con los casos descritos, en lactantes sanos y de término, si no es posible utilizar la sonda al pecho, la mejor opción es la técnica de bránula/jeringa al dedo.

## REFERENCIAS

1. **Organización Mundial de la Salud U.** Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. WHO. World Health Organization; 2003.
2. **Ministerio de Salud de Chile.** Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la Lactancia Materna. 2017.

3. **Organización Mundial de la Salud.** Lactancia materna exclusiva [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 20]. Available from: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
4. **Ministerio de Salud de Chile.** Encuesta Nacional de Lactancia Materna en Atención Primaria (ENALMA). 2013.
5. **BL C, L C, D M, D C, ME B, I S, et al.** Do a Few Weeks Matter? Late Preterm Infants and Breastfeeding Issues. *Nutrients* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 20];11(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30717261/>
6. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientaciones técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna. 2016.
7. **Academy of Breastfeeding Medicine.** Protocolo clínico ABM n.o 3: Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado. *Breastfeeding Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 20]; Available from: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-spanish.pdf>
8. **Benis MM.** Are pacifiers associated with early weaning from breastfeeding? *Adv Neonatal Care.* 2002;2(5):259-66.
9. **Delaney AL, Arvedson JC.** Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2021 Mar 18];14(2):105-17. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ddrr.16>
10. **Enrique M, Macías R, Jacobo G, Meneses S.** Bol med Hosp Infant mex Physiology of nutritive sucking in newborns and infants pediatric theMe. Vol. 68, *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2011.
11. **Dominici N, Ivanenko YP, Cappellini G, D'Avella A, Mondì V, Cicchese M, et al.** Locomotor primitives in newborn babies and their development. *Science (80- )* [Internet]. 2011 Nov 18 [cited 2021 Mar 18];334(6058):997-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22096202/>
12. **Lee DS, Lee JS, Oh SH, Kim SK, Kim JW, Chung JK, et al.** Cross-modal plasticity and cochlear implants. *Nature* [Internet]. 2001 Jan 11 [cited 2021 Mar 18];409(6817):149-50. Available from: <https://www.nature.com/articles/35051653>
13. **Buldur E, Yalcin Baltaci N, Terek D, Yalaz M, Altun Koroglu O, Akisu M, et al.** Comparison of the Finger Feeding Method Versus Syringe Feeding Method in Supporting Sucking Skills of Preterm Babies. *Breastfeed Med.* 2020 Nov 1;15(11):703-8.
14. **Villanueva P.** Motricidad Orofacial II: Evaluación y Diagnóstico - Universidad de Chile [Internet]. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2017 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.uchile.cl/publicaciones/133270/motricidad-orofacial-ii-evaluacion-y-diagnostico>
15. **Costa CN, Lima G, Jorge RM, Malta R, Nembr K.** Efetividade da intervenção fonoaudiológica no tempo de alta hospitalar do recém-nascido pré-termo. *CEFAC.* 2007;
16. **Krüger EE, Kritzinger AA, Pottas LL.** Breastfeeding skills of full-term newborns and associated factors in a low-and-middle-income setting. *Afr Health Sci* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Jul 20];19(3):2670. Available from: [/pmc/articles/PMC7040260/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30717261/)
17. **Kronborg H, Væth M.** The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* [Internet]. 2004 [cited 2021 Mar 18];32(3):210-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15204182/>
18. **Glass RP, Wolf LS.** Incoordination of Sucking, Swallowing, and Breathing as an Etiology for Breastfeeding Difficulty. *J Hum Lact* [Internet]. 1994 [cited 2021 Mar 21];10(3):185-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7619270/>
19. **Morales RE.** Evaluación y manejo de dificultades de succión-deglución en recién nacidos y lactantes sin compromiso neuromuscular. *Neumol Pediátrica* [Internet]. 2019 Jul 10 [cited 2021 Jul 27];14(3):138-44. Available from: <https://neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/104>
20. **Susanibar F, Castillo J, Douglas C., Marchesan I. SR.** Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencia. EOS E, editor. Madrid, España; 2016.
21. **Angélica Guido-Campuzano M, Del M, Ibarra-Reyes P, Mateos-Ortiz C, Mendoza-Vásquez N.** Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2012;198-207. Available from: <http://www.medigraphic.com/inper>
22. **López Rodríguez YN.** Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial / Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth. *Univ Odontol.* 2016 Jun 28;35(74).
23. **Foster JP, Psaila K, Patterson T.** Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct 4;2016(10).

24. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. J Perinatol [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2021 Mar 21];35(11):895-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26181720/>

25. Dowling DA, Meier PP, Difiore JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-Feeding for Preterm Infants: Mechanics and Safety. J Hum Lact [Internet]. 2002 [cited 2021 Mar 21];18(1):13-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11845732/>

Anexo 1: Flujoograma de Suplementación

