

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FUSIÓN DE CRESTAS PALATINAS EN NEONATOS CON FISURA LABIOPALATINA

EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND FUSION OF PALATAL CRESTS IN NEONATES WITH CLEFT LIP PALATE

Yoshio Dakusaku López¹, Américo Munayco Magallanes²

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la lactancia materna exclusiva y la fusión de crestas palatinas en neonatos con fisura labiopalatina unilateral. **Material y método.** Estudio longitudinal y de cohorte, conformado por 2 grupos: A) grupo de estudio: 4 neonatos con fisura labiopalatina unilateral, que recibieron lactancia materna exclusiva. B) grupo control: 4 neonatos con fisura labiopalatina unilateral, que recibieron lactancia materna no exclusiva. Para determinar el nivel de fusión de las crestas palatinas, se registró el maxilar superior con una impresión en 3 periodos (inicio, día 10 y día 20). En cada modelo obtenido se midió con un calibrador digital la distancia existente entre ambas crestas palatinas, siendo el resultado obtenido representativo del nivel de fusión de las crestas palatinas. **Resultados.** El nivel de fusión de las crestas palatinas en los neonatos que recibieron lactancia materna exclusiva desde el inicio del seguimiento al día 20 logró un aumento total de 2,44 mm; mientras que el grupo que recibió lactancia materna no exclusiva logró un aumento total de 2,28 mm. Sin embargo, en ambos grupos la diferencia de promedios no fue estadísticamente significativa. **Conclusiones.** La lactancia materna exclusiva es la que estimula una mayor fusión de las crestas palatinas en comparación con la lactancia materna no exclusiva; sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Kiru 2011, 8: 74-86).

Palabras clave: Lactancia materna, fisura del paladar. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between exclusive breastfeeding and fusion of palatal crests, in neonates with unilateral cleft lip palate. **Material and Method.** Longitudinal and cohort study, conformed of 2 groups: A) group of study: 4 neonates with unilateral cleft lip palate with exclusive breastfeeding; B) control group: 4 neonates with unilateral cleft lip palate with non-exclusive breastfeeding. To determine the level of fusion of the palatal crests a maxilla with an impression on 3 periods (start, day 10 and day 20) was registered. In each model obtained, the distance between the palatal crests was measured with a digital calibrate being the result obtained a representative one of the fusion level of palatal crests. **Results.** The level of fusion of the palatal crests in neonates with exclusive breastfeeding increased 2.44 mm from the start to the day 20. The level of fusion of palatal crests increased 2.28 mm in neonates with non-exclusive breastfeeding, from the start to the day 20. Although, in both groups the average difference wasn't statistically significant. **Conclusions.** The exclusive breastfeeding stimulates higher fusion of the palatal crests in comparison with the non-exclusive breastfeeding, although the difference is not statistically significant. (Kiru 2011, 8: 74-86).

Key words: Breast feeding, cleft palate. (Source: MeSH NLM).

¹ Cirujano Dentista. Maestrando Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Docente Ordinario de la Facultad de Odontología Universidad Federico Villarreal. Lima, Perú.

Correspondencia:

Yoshio Dakusaku López
Av. Morales Bermudez 560, Callao
Correo electrónico: Yoshio_dakusaku@hotmail.com / amunayco@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La fisura labiopalatina es la malformación congénita más frecuente que se produce durante el desarrollo facial embrionario. El labio leporino es una alteración embriológica que habitualmente afecta al labio superior, caracterizado por la ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura^{1,2}; mientras que la fisura palatina es una alteración embriológica caracterizada por la ausencia de fusión completa de las crestas palatinas^{2,3}; la cual es definida como la aproximación, mesodermización y consolidación remodeladora que se genera entre ambas crestas palatinas y entre estas con el paladar primario y el vómer^{4,5}.

Si consideramos que la leche materna es el único factor importante en la lactancia materna, entonces daría lo mismo que el lactante mame directamente de la madre o que se alimente por medio de un biberón, con tal que su contenido sea leche materna; pero si consideramos que además de la leche materna, también la correcta actividad muscular y todo el proceso neurobiológico que se produce únicamente cuando el lactante se alimenta directamente de la madre, es indispensable para estimular su desarrollo, podemos entender la importancia de la lactancia materna exclusiva (LME), que es cuando el lactante se alimenta exclusivamente de leche materna directamente de la madre, sin complementos de ningún tipo (fórmula) que son

administrados por medio de un biberón^{6,7}. La lactancia materna no exclusiva (LMNE) es aquella en la que el lactante jamás ha lactado directamente de la madre y se alimenta con leche materna o con fórmula o ambas, pero administradas por medio de un biberón.

También es cuando el lactante se alimenta directamente de la madre, y además se alimenta con leche materna o con fórmula o ambas administradas por medio de un biberón.

Donato et al.⁸ mencionan que durante la LME el lactante utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento en comparación con aquellos que se alimentan mediante biberón; siendo el esfuerzo y toda la actividad que se produce en el sistema estomatognático durante la LME, indispensable para estimular un correcto desarrollo óseo, muscular y articular⁸. Martín y Mohor⁹ mencionan que la actividad muscular que se realiza durante la LME es tan indispensable para el crecimiento como la alimentación en sí. Blanco et al.¹⁰ encontraron asociación significativa entre el paladar profundo con un periodo de LME menor a 6 meses. Esto se debe a que cuando el lactante se alimenta mediante un biberón, el chupón al ser alargado, grueso y duro, aprisiona a la lengua en el piso de la boca y durante el reflejo de deglución la lengua la proyecta hacia adelante; mientras que cuando el lactante se alimenta con LME, durante el reflejo de deglución la lengua la proyecta hacia arriba, generando una presión benéfica sobre el paladar la cual actúa como estímulo para el desarrollo del maxilar superior¹¹. Garcez y Giugliani (2005) mencionan que en presencia de fisura labiopalatina la lactancia materna exclusiva estimula a un mejor desarrollo estructural y funcional del sistema estomatognático; además la leche materna mejora el sistema inmunológico y disminuye la tendencia a infecciones gracias a su contenido de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y factor bifidus.

El presente estudio pretende determinar si la lactancia materna exclusiva estimula y favorece la fusión de las crestas palatinas en neonatos que nacen con fisura labiopalatina, basándose en las múltiples ventajas de la lactancia materna exclusiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de investigación

Es un estudio correlacional ya que evaluó los efectos que genera la lactancia materna exclusiva (en el primer grupo) y no exclusiva (en el segundo grupo) en las crestas palatinas a nivel de la hendidura.

Diseño de investigación

El presente estudio es longitudinal y de cohorte ya que determina y compara en diferentes periodos de tiempo el nivel de fusión de las crestas palatinas en neonatos con fisura labiopalatina unilateral sometidos a lactancia materna exclusiva y no exclusiva. Es un estudio prospectivo ya que parte de la evaluación de los neonatos con fisura labiopalatina unilateral sometidos a lactancia materna exclusiva y no exclusiva, para observar los efectos que se generan en las crestas palatinas a nivel de la hendidura. Es un estudio no experimental ya que evaluó los efectos que genera la lactancia materna exclusiva y no exclusiva (variable independiente) en la fusión de las crestas palatinas (variable dependiente) tal y como se da naturalmente, es decir, sin ninguna manipulación de la variable independiente.

La población está constituida por nueve neonatos con fisura labiopalatina unilateral nacidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre julio del 2010 y febrero del 2011. La muestra está constituida por 8 neonatos con fisura labiopalatina unilateral. El presente estudio al ser clínico y al requerir de libertad para escoger la muestra según criterio, trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Definición de grupos

A) grupo de estudio: 4 neonatos con la presencia de la patología a investigar según código CIE 10: Q 37,5, que recibieron lactancia materna exclusiva. B) grupo control: 4 neonato con la presencia de la patología a investigar según código CIE 10: Q 37,5, que recibieron lactancia materna no exclusiva.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: se aceptaron neonatos que presentaron fisura labiopalatina unilateral pudiendo ser del lado derecho o izquierdo, de ambos géneros, no mayores de 8 días de edad y que se encontraron clínicamente sanos.

Criterios de exclusión: se rechazaron aquellos neonatos que presentaron fisura labiopalatina bilateral, neonatos con fisura labial aislada o fisura palatina aislada, aquellos neonatos cuya fisura palatina no comprometió tejido óseo (solo mucosa). Se rechazaron neonatos mayores de 8 días de edad, neonatos que presentaron alguna otra malformación o algún compromiso

sistémico que pueda interferir con los resultados (fisura labiopalatina sindrómica).

Técnica

Los neonatos nacidos con fisura labiopalatina unilateral (Fig. 1) que fueron transferidos por interconsulta al consultorio de estomatología del INMP y que cumplieron los requisitos mencionados en los criterios de inclusión, fueron seleccionados para la presente investigación.



Fig. 1. Neonato con fisura labiopalatina unilateral.

Los padres firmaron un consentimiento informado en el cual se les explicó los procedimientos y controles que se realizarían, se explicó las ventajas que brinda controlar el desarrollo y crecimiento del neonato portador de fisura labiopalatina unilateral.

Para determinar el nivel de fusión de las crestas palatinas, se registró el maxilar superior (Fig. 2, 3, 4) mediante una impresión con silicona pesada Zetaplus – Putty (Zhermack), la cual se realizó mediante unas



Fig. 2. Registro del maxilar superior.

cubetas confeccionadas especialmente para neonatos (Fig. 5, 6) Para vaciar la impresión se utilizó yeso tipo 4 (velmix).



Fig. 3 Registro del maxilar superior.



Fig. 4. Registro del maxilar superior. El odontólogo se sienta frente a frente con la madre, juntando ambos las rodillas. La cabeza está dirigida hacia el odontólogo y las piernas hacia la madre, quien además sostiene las manos.



Fig. 5. Cubeta para impresión. Superficie externa.



Fig. 6. Cubeta para impresión. Superficie interna.

En cada modelo obtenido de los casos de fisura labiopalatina unilateral, se dibujó con un lápiz 2 puntos el punto "A" en la cresta palatina del lado sano y el punto "B" en la cresta palatina del lado afectado (Fig. 7). El punto "A" visto frontalmente es el punto de unión más inferior y medial entre el paladar primario y el secundario a nivel de la hendidura, y visto horizontalmente, es el punto de unión más anterior y medial entre el paladar primario y el secundario a nivel de la hendidura. El punto "B" visto frontalmente es el punto más superior a nivel de la hendidura, y visto horizontalmente, es el punto más anterior a nivel de la hendidura.

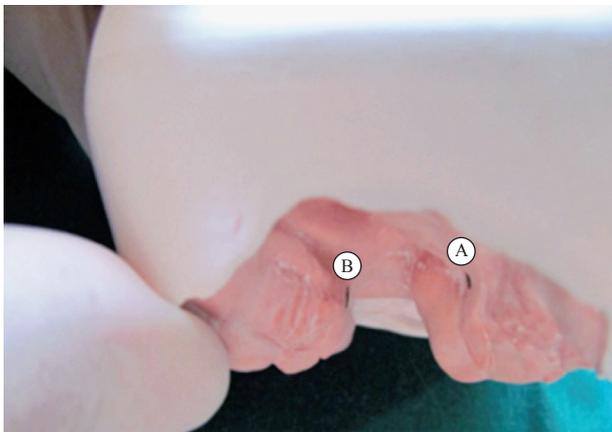


Fig. 7 Ubicación del punto "A-B".

Se procedió a medir dos veces con un calibrador digital (Fig. 8) la distancia existente entre el punto "A" y el punto "B", siendo el promedio obtenido de los 2 tiempos de medición representativo del nivel de fusión de las crestas palatinas.

Para determinar el grado de concordancia en la ubicación del punto "A-B", se realizó el "Juicio de Expertos" y la prueba de "Porcentaje de acuerdo entre los jueces". Para ello se solicitó la evaluación de siete expertos



Fig. 8. Calibrador digital.

conformados por cirujanos dentistas. Se confeccionaron siete réplicas de un modelo con un caso de fisura labiopalatina unilateral y a cada evaluador se le entregó un modelo. Cuando el evaluador finalizó la ubicación de los puntos en el modelo, se comparó con la ubicación que realizó el investigador en el modelo original, se registró si el evaluador logró o no ubicar ambos puntos al igual que el investigador y por último se registró la conformidad o no de la técnica. Se obtuvo un 100% de concordancia entre los jueces en la ubicación del punto "A" y 71,42% de concordancia entre los jueces en la ubicación del punto "B". Para evaluar la consistencia de las mediciones realizadas entre el punto "A - B" con el calibrador digital, se realizó la fiabilidad intra-examinador (1 investigador), para lo cual se midió cuantitativamente 2 veces la distancia entre el punto "A-B" en los modelos obtenidos, al inicio, día 10 y día 20, en 4 casos y se aplicó la prueba de correlación intra-clase para determinar el grado de consistencia de las mediciones del antes y después; obteniendo como promedio de medida "1" al inicio, a los 10 días promedio "1" y a los 20 días promedio "1"; lo que indica una alta consistencia en las medidas obtenidas.

Así, el día en que se realizó el registro de la ficha de recolección de datos se tomó la primera impresión y se obtuvo el primer modelo al cual se le realizaron los procedimientos antes mencionados. El primer control se realizó en el día 10 y el segundo, en el día 20. En cada control se tomó una nueva impresión para obtener un nuevo modelo, a los cuales se les realizó el mismo procedimiento con la finalidad de comparar entre los tres modelos las medidas obtenidas en cada uno de ellos y así determinar el nivel de fusión de las crestas palatinas.

Instrumento de recolección de datos

Cada neonato seleccionado fue registrado en una ficha de recolección de datos, confeccionada especialmente para la presente investigación, en la cual se detalla el número de ficha, el número de historia clínica, la fecha en la cual se inicia el seguimiento, nombre del paciente, género (masculino o femenino), tipo de lactancia materna que recibiría el neonato (exclusiva o no exclusiva, registrándose en este último caso la forma en que se alimentó al neonato), edad cronológica actual, indicadores del crecimiento al nacer tales como el peso (si nació con peso normal o bajo peso, se detallaron los gramos, talla y perímetro cefálico (ambos en centímetros), indicadores del crecimiento al inicio del seguimiento, a los 10 días del inicio (día 10) y a los 20 días del inicio (día 20). La edad gestacional (nació a término o pretérmino, se indicaron las semanas), paridad de la madre (primípara o multípara) y, por último, se registró la medida en milímetros del nivel de fusión de las crestas palatinas a nivel de la hendidura con un calibrador digital.

Procesamiento y análisis de los datos

El procesamiento de la información se realizó mediante un ordenador Pentium 4 y se utilizó el programa estadístico SPSS 18, para presentar los datos descriptivos y analíticos. Los resultados fueron presentados en tablas de 2 x 3, por la característica de la variable que compara con los controles (inicial, día 10 y día 20). Para el análisis estadístico, se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wills, que nos permitió comprobar la distribución normal de los datos. Para la comprobación de los datos de los controles que fueron 3, se utilizó la prueba estadística de ANOVA

y para comparar las medias en grupos de a dos, se utilizó la prueba estadística t-student para muestras relacionadas, ya que fueron grupos que se evaluaron consecutivamente. Para la contrastación de la hipótesis se consideró como parámetro de decisión un margen de error del 5%, con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

En la **tabla 1** correspondiente a las características al nacer según lactancia materna exclusiva y no exclusiva, de los neonatos con fisura labiopalatina unilateral, se observó que, con respecto al género, el 66,7% (2 casos) que nacieron de género masculino recibieron LMNE; mientras que el 60% (3 casos) que nacieron de género femenino recibieron LME. Los 8 neonatos nacieron con peso normal. El 57,1% (4 casos) que presentaron una talla entre 45 a 49,5 cm, recibieron LME; mientras que el 100% (1 caso) que presentó una talla entre 49,6 a 55 cm, recibió LMNE. El 57,1% (4 casos) que presentaron normocefalia, recibieron LME; mientras que el 100% (1 caso) que presentó megacefalia, recibió LMNE. De los 6 casos que nacieron a término, el 50 % recibieron LME y el otro 50 %, LMNE; de igual manera, de los dos casos que nacieron a pretérmino, el 50% recibió LME y el otro 50%, LMNE. El 60% (3 casos) que recibieron LME nacieron de mujeres primíparas, mientras que el 66,7 % (2 casos) que recibieron LMNE, nacieron de mujeres multíparas.

En la **tabla 2** correspondiente a la prueba de normalidad de la variable “nivel de fusión de las crestas palatinas”, la distribución de las dimensiones en milímetros en los diferentes periodos de lactancia, inicio, día 10 y día 20, cumplen una distribución de normalidad.

Tabla 1. Características al nacer según lactancia materna exclusiva (LME) y no exclusiva (LMNE), de los neonatos con fisura labiopalatina unilateral.

			LME	LMNE	TOTAL
GÉNERO	Masculino	f	1	2	3
		%	33,3	66,7	100
	Femenino	f	3	2	5
		%	60	40	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100
PESO AL NACER	Normal	f	4	4	8
		%	50	50	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100
TALLA AL NACER	45 – 49,5	f	4	3	7
		%	57,1	42,9	100
	49,6 – 55	f	0	1	1
		%	0	100	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100
PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	Normocefalia	f	4	3	7
		%	57,1	42,9	100
	Megacefalia	f	0	1	1
		%	0	100	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100
EDAD GESTACIONAL	Término	f	3	3	6
		%	50	50	100
	Pretérmino	f	1	1	2
		%	50	50	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100
PARIDAD DE LA MADRE	Primípara	f	3	2	5
		%	60	40	100
	Multípara	f	1	2	3
		%	33,3	66,7	100
	TOTAL	f	4	4	8
		%	50	50	100

Tabla 2. Prueba de normalidad de la variable "nivel de fusión de las crestas palatinas".

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
INICIO	,960	8	,813
DÍA 10	,946	8	,671
DÍA 20	,946	8	,669

En la **tabla 3** correspondiente al nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva y no exclusiva, se observa que al inicio del seguimiento, el valor mínimo y el máximo del nivel de fusión estuvieron entre 2,38 mm y 14,37 mm respectivamente, encontrando que el promedio en los 8 casos fue de 9,05 mm. En el día 10 después

de iniciado el seguimiento, los niveles de fusión variaron entre 1,98 mm y 14,29 mm, con un promedio de 7,75 mm.

Finalmente, en el día 20 después de iniciado el seguimiento, los niveles de fusión estuvieron entre 1,67 mm y 12,92 mm y el promedio fue de 6,69 mm. Sin embargo dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 3. Nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva y no exclusiva.

	N	MEDIA	D. ESTÁNDAR	MÍNIMO	MÁXIMO	Sig.
INICIO	8	9,0525	3,75443	2,38	14,37	
DÍA 10	8	7,7538	3,97365	1,98	14,29	0,489
DÍA 20	8	6,6913	3,93725	1,67	12,92	

En la **tabla 4** correspondiente al nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva; el nivel

de fusión fue aumentando progresivamente: 10,60 mm, 9,12 mm y 8,16 mm; sin embargo, dichas diferencias de promedios no son estadísticamente significativas.

Tabla 4. Nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva.

	N	MEDIA	D. ESTÁNDAR	ANOVA	Sig
INICIAL	4	10,6050	2,58942		
DÍA 10	4	9,1250	3,70479		
DÍA 20	4	8,1650	3,95306	0,503	0,621

En la **tabla 5** correspondiente al nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna no exclusiva; el

nivel de fusión fue aumentando progresivamente: 7,5 mm, 6,38 mm y 5,21 mm; sin embargo, dichas diferencias de promedios no son estadísticamente significativas.

Tabla 5. Nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna no exclusiva.

	N	MEDIA	D. ESTÁNDAR	ANOVA	Sig
INICIO	4	7,5000	4,44494		
DÍA 10	4	6,3825	4,25482	0,297	0,750
DÍA 20	4	5,2175	3,84092		

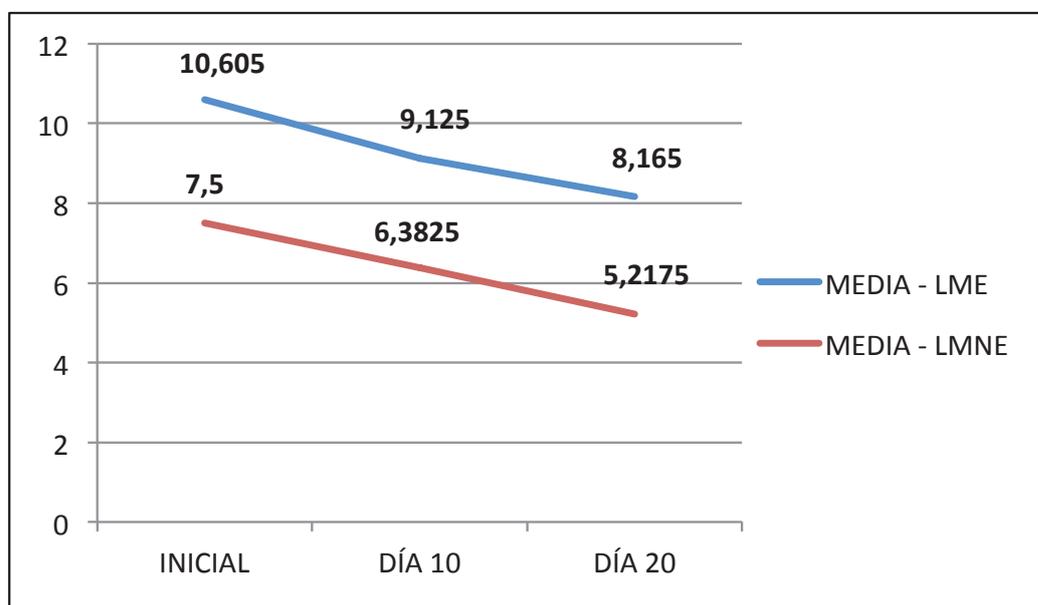


Figura 8. Nivel de fusión de las crestas palatinas según periodo de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva y no exclusiva, evaluando ambos grupos individualmente.

En la **tabla 6** correspondiente a los indicadores del crecimiento entre los diferentes periodos de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva, se tuvo que; con respecto al peso, al inicio del seguimiento el promedio fue de 2987 gr. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 3020 gr; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, no significativa estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 3212 gr; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, no

significativa estadísticamente. De igual manera, la diferencia de promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es significativa estadísticamente. Con respecto a la talla, al inicio del seguimiento el promedio fue de 47,75 cm. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento el promedio aumentó a 49 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, significativa estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 49,125 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, significativa estadísticamente. Por lo contrario, la diferencia de

promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es significativa estadísticamente. Con respecto al perímetro cefálico, al inicio del seguimiento el promedio fue de 34 cm. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 34,5 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, no significativa

estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 35,25 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, significativa estadísticamente. En cuanto a la diferencia de promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es significativa estadísticamente.

Tabla 6. Indicadores del crecimiento entre los diferentes periodos de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna exclusiva.

		N	MEDIA	D. ESTÁNDAR	t Student	Sig.
PESO	Inicio	4	2987,5	197,379	-0,477	0,666
	Día 10	4	3020	285,657		
	Inicio	4	2987,5	197,379	-2,435	0,093
	Día 20	4	3212,5	347,311		
	Día 10	4	3020	285,657	-1,433	0,247
	Día 20	4	3212,5	347,311		
TALLA	Inicio	4	47,75	0,2887	-8,66	0,003
	Día 10	4	49	0		
	Inicio	4	47,75	0,2887	-11	0,002
	Día 20	4	49,125	0,25		
	Día 10	4	49	0	-1	0,391
	Día 20	4	49,125	0,25		
PERÍMETRO CEFÁLICO	Inicio	4	34	0,7071	-2,449	0,092
	Día 10	4	34,5	0,5		
	Inicio	4	34	0,7071	-8,66	0,003
	Día 20	4	35,25	0,9574		
	Día 10	4	34,5	0,5	-3	0,058
	Día 20	4	35,25	0,9574		

En la **tabla 7** correspondiente a los indicadores del crecimiento entre los diferentes periodos de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna no exclusiva, se tuvo que; con respecto al peso, al inicio del seguimiento el promedio fue de 3337 gr. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento el promedio disminuyó a 3280 gr.

Siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, no significativa estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio disminuyó a 3275 gr; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, no significativa estadísticamente. De igual manera la diferencia de

promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es significativa estadísticamente. Con respecto a la talla, al inicio del seguimiento el promedio fue de 49,5 cm. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento promedio aumentó a 50,5 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, significativa estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 51 cm, siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, significativa estadísticamente. Por el contrario, la diferencia de promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es

significativa estadísticamente. Con respecto al perímetro cefálico, al inicio del seguimiento el promedio fue de 34,87 cm. Luego de 10 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 35,25 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 10, no significativa estadísticamente. Luego de 20 días de iniciado el seguimiento, el promedio aumentó a 35,62 cm; siendo la diferencia de promedios entre el inicio del seguimiento y el control del día 20, no significativa estadísticamente. En cuanto a la diferencia de promedios entre el control del día 10 y del día 20, no es significativa estadísticamente.

Tabla 7. Indicadores del crecimiento entre los diferentes periodos de lactancia, en neonatos con fisura labiopalatina unilateral que recibieron lactancia materna no exclusiva.

		N	MEDIA	D. ESTÁNDAR	t Student	Sig.
PESO	Inicio	4	3337,5	469,494	0,546	0,623
	Día 10	4	3280	459,275		
	Inicio	4	3337,5	469,494	0,325	0,766
	Día 20	4	3275	359,398		
	Día 10	4	3280	459,275	0,042	0,969
	Día 20	4	3275	359,398		
TALLA	Inicio	4	49,5	0,6124	-4,899	0,016
	Día 10	4	50,5	0,6455		
	Inicio	4	49,5	0,6124	-23	0,000
	Día 20	4	51	0,6124		
	Día 10	4	50,5	0,6455	-2,449	0,092
	Día 20	4	51	0,6124		
PERÍMETRO CEFÁLICO	Inicio	4	34,875	0,9656	-1,567	0,215
	Día 10	4	35,25	1,031		
	Inicio	4	34,875	0,9656	-3	0,058
	Día 20	4	35,625	0,8004		
	Día 10	4	35,25	1,031	-1,567	0,215
	Día 20	4	35,625	0,8004		

DISCUSIÓN

La fisura labiopalatina unilateral se presentó en un 62,5% en el género femenino, siendo este género el que tiene mayor tendencia a la fisura labiopalatina unilateral; lo cual genera discordancia con los resultados obtenidos por Rojas¹³ y Bascones, quienes mencionan que se presenta con mayor frecuencia en el género masculino. Al nacer el 100 % de los casos con peso normal, no se puede determinar si existe o no relación entre el peso al nacer con la tendencia a algún tipo de lactancia materna; al presentarse los casos con peso normal de manera equitativa entre la LME y LMNE, lo que se puede interpretar es que cuando los neonatos con fisura labiopalatina unilateral nacen con peso normal, no influye en que no pueda recibir LME; aunque no se han encontrado estudios que muestren similitud o diferencias con los cuales se pueda discutir. Con respecto a la talla, en un 87,5% los neonatos nacieron con una talla entre 45 – 49,5 cm y de este grupo el 57,1% tuvieron tendencia a LME; mientras que el 22,5% del total de casos nació con una talla superior a los 49,5 cm y presentó tendencia a la LMNE; lo que demuestra que el neonato no tiene que estar necesariamente bien desarrollado para que pueda recibir LME, y en realidad la talla al nacer no influye en que no pueda recibir LME; aunque no se han encontrado estudios que muestren similitud o diferencias con los cuales se pueda discutir.

En un 87,5% los neonatos nacieron con normocefalia y de este grupo el 57,1 % tuvo tendencia a LME; mientras que el 22,5% del total de casos nació con megacefalia y presentó tendencia a LMNE; por tanto, se podría interpretar que hay una mayor tendencia a la LME en los neonatos con fisura labiopalatina unilateral que nacen con normocefalia, pero en realidad el perímetro cefálico no influye en que no pueda recibir LME; aunque no se han encontrado estudios que muestren similitud o contrariedad con los cuales se pueda discutir. Así pues, al determinar que los indicadores del crecimiento al nacer no influyen en que el neonato con fisura labiopalatina unilateral no pueda recibir LME, y sabiendo que la antropometría del recién nacido es indicador importante de la salud fetal, neonatal y posneonatal. La presente investigación recomienda promover la LME ya que es la forma ideal y natural de alimentar al lactante al constituir la base biológica para su desarrollo. En un 75 % los neonatos nacieron a término, pero tanto los neonatos que nacieron a término y a pretérmino tuvieron tendencia a recibir LME o LMNE indistintamente; por tanto, el hecho de

que el neonato haya nacido a pretérmino no influye en que no pueda recibir LME. Los neonatos nacieron en un 62,5% de mujeres primíparas, presentando tendencia en un 60% a LME (fig. 9, 10); por el contrario, los neonatos que nacieron de mujeres múltiparas tuvieron en un 66,7% tendencia a LMNE; con lo cual se puede interpretar que las mujeres primíparas tienen mayor afinidad, cuidado e interés por su hijo (a); aunque no se han encontrado estudios que muestren similitud o contrariedad con los cuales se pueda discutir.

En cuanto al nivel de fusión de las crestas palatinas, al analizar los niveles de forma global juntando los casos con LME y LMNE, se puede apreciar que desde el inicio del seguimiento hasta el día 10 se logró aumentar 2 mm el nivel de fusión, mientras que desde el inicio hasta el día 20 se logró un aumento total de 2,36 mm. Con esto se demuestra que conforme el niño va creciendo se logra aumentar el nivel de fusión de las crestas palatinas, generando contrariedad significativa con respecto a lo que menciona Navarro en su *Tratado de cirugía oral y maxilofacial*³, que describe que el hemimaxilar del lado sano presenta un desarrollo armónico, mientras que el hemimaxilar del lado afectado se encuentra hipoplásico y retrusivo al no presentar una buena inserción muscular y acción protrusiva de la lengua; obteniendo como resultado la amplitud de la hendidura durante el crecimiento. Al comparar el nivel de fusión de las crestas palatinas solo en los neonatos que recibieron LME, se puede apreciar que desde el inicio del seguimiento al día 10, se logró aumentar 1,48 mm; mientras que al comparar desde el día 10 al día 20, se logró aumentar 0,96 mm, obteniendo en el día 20 un aumento total de 2,44 mm; sin embargo, dichas diferencias no son estadísticamente significativas. Al comparar el nivel de fusión de las crestas palatinas en los neonatos que recibieron LMNE, se puede apreciar que desde el inicio del seguimiento al día 10 se logró aumentar 1,11 mm, mientras que al comparar desde el día 10 al día 20, se logró aumentar 1,16 mm, obteniendo en el día 20 un aumento total de 2,28 mm; sin embargo, dichas diferencias no son estadísticamente significativas. No obstante, si comparamos clínicamente el aumento total del nivel de fusión a los 20 días, entre los neonatos que recibieron LME y LMNE, se aprecia que se logra un mayor aumento en aquellos que recibieron LME; confirmando lo que mencionan diversos autores como Vera y Hess (2007) y Pilonieta et al. (2003), quienes mencionan que la LME estimula el desarrollo del sistema estomatognático y el complejo craneofacial. Así también, relacionándose con el estudio de Blanco

et al. (1999), quienes encontraron la tendencia de la LMNE a generar paladar profundo, producto de un inadecuado estímulo para el desarrollo del maxilar superior.

El promedio del peso en los neonatos que recibieron LME, desde el inicio del seguimiento hasta el día 20, aumentó 225 gr; sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Por el contrario, el promedio del peso en los neonatos que recibieron LMNE, desde el inicio del seguimiento hasta el día 20, disminuyó 62 gr; sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. No obstante, se puede apreciar notoriamente que los neonatos que reciben LME se nutren mejor y por ende aumentan de peso; mientras que los neonatos que reciben LMNE al no tener una buena nutrición bajan de peso. Además, si tenemos en cuenta lo que Gonzales et al. (2008) menciona en su investigación, que generalmente los recién nacidos pierden hasta un 10% de su peso los primeros 10 a 15 días, siendo esos valores considerados algo normal, podemos darnos cuenta basados en la evidencia que la presente investigación muestra, que los neonatos alimentados con LME pertenecen al escaso grupo de recién nacidos que en

lugar de bajar, aumentan de peso. Cuando se compara el promedio de la talla desde el inicio del seguimiento hasta el día 20, se aprecia un aumento estadísticamente significativo indistinto al tipo de lactancia materna que recibe. Al comparar el promedio del perímetro cefálico desde el inicio del seguimiento hasta el día 20, en los neonatos que recibieron LME, se obtuvo un aumento de 1,25 cm, mostrando una diferencia estadísticamente significativa; por lo contrario, en los neonatos que recibieron LMNE el aumento fue de 0,75 cm, lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa. Esto demuestra que la lactancia materna exclusiva estimula un mayor aumento del perímetro cefálico y por ende un mayor crecimiento del complejo cráneo-maxilo-facial; relacionándose con los hallazgos encontrados por Berrocal (1995), quien menciona que los niños con amamantamiento fisiológico (LME) tienen tendencia a ser mesocéfalos y presentar facie mesofacial.

La evidencia científica encontrada en el presente estudio demuestra que la LME es la que estimula una mayor fusión de las crestas palatinas, en comparación a la LMNE; aunque con una diferencia estadísticamente no significativa.



Fig. 9. Neonato con Fisura labio palatina unilateral recibiendo Lactancia materna exclusiva.



Fig. 10. Neonato con Fisura labio palatina bilateral recibiendo Lactancia materna exclusiva.

Se concluye que la LME estimula una mayor fusión de las crestas palatinas en comparación a la LMNE; aunque con una diferencia estadísticamente no significativa. La fisura labiopalatina unilateral se presenta con mayor frecuencia en el género femenino. Las mujeres primíparas son las que tienen mayor tendencia a alimentar a sus hijos con LME. La LME genera ganancia de peso mientras que la LMNE genera pérdida de peso. La LME genera un mayor estímulo estadísticamente significativo para el aumento del perímetro cefálico y por ende para el crecimiento del complejo cráneo-maxilo-facial.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Philip J; Eversole L. R; Wysocki G. P. Patología oral y maxilo-facial contemporánea. 2a. ed. Madrid: Mosby; 2005. Cap. 1: 27 – 9.
2. Bascones A. Medicina bucal. 3ª ed. Barcelona: Ed. Ariel. Cap. 13 – 14: 280 – 81, 306 – 07.
3. Navarro C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Madrid: Ed. Aran; 2004. Capítulo 48: 815 – 836. Cap. 51:871-8.
4. Sadler, T. W. Lagman. Embriología Médica. 10ª ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2007.
5. Berry K. Abordaje de pacientes con defectos faciales (congénitos, tumorales y traumáticos) en Jornadas Quirúrgicas de Cirugía Plástica y Maxilofacial realizadas en el H.E.O.D.R.A. del 2007 al 2009. Tesis de licenciatura. Managua: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2009.
6. Vera GHD, Hess G. Recomendaciones actuales sobre lactancia materna. Rev Mex Pediatr 2007; 74 (4): 176–81.
7. López P, Arévalo B, Carrero R, Martínez J, Lorente MT, Rodríguez MA. La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual [Internet]. Revista Medicina General. 2000, 23. [Acceso: 15 Mayo 2011]; Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/abril2000/360-369.pdf>
8. Donato C, Ramírez J, Bremes W. Lactancia natural y su relación con el desarrollo del maxilar inferior [Internet]. Acceso: 5 junio 2011. Disponible en: <http://www.colegiodontistas.co.cr/index.html>
9. Martín A, Mohr L. Los hábitos y las maloclusiones [Internet]. Acceso: 10 junio 2011. Disponible en: http://www.cemic.edu.ar/publ/LOS_HABITOS.htm
10. Blanco L, Guerra María E., Mujica C.: Relación entre el amamantamiento, el tipo de perfil, oclusión y hábitos viciosos en preescolares. Archivos. Venezolanos de Puericultura y Pediatría. (1999); 62(3): 138-43.
11. Merino E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dento-faciales. Revisión de la literatura. Acta odontol venez 2003; 41(2): 154-158.
12. Garcez LW, Giugliani ER. Population-Based Study on the Practice of Breastfeeding in Children Born With Cleft Lip and Palate. Cleft Palate Craniofac J. 2005 Nov; 42(6):687-93.
13. Rojas G. E. Estudio de la deglución y de foniatría en niños con labio leporino y fisura palatina después de la intervención quirúrgica en la provincia de Moyobamba – Departamento de San Martín. Tesis de Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2006.
14. Pilonieta G. Torres E. Implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría. MedUNAB; 2003; 6(17): 89-92.
15. Gonzales A, Pupo L. Estado de la calidad de los cuidados nutricionales en la unidad de terapia intensiva neonatal. Rev. Cubana Aliment Nutr; 2008; 18 (1): 53 – 71.
16. Berrocal K. Estudio comparativo de la influencia del amamantamiento fisiológico y de biberón en la oclusión de niños con 3 a 5 años. Tesis de Obstetricia. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 1995.

Recibido: 02/08/11

Aceptado para su publicación: 06/10/11