



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS
MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO
EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 MESES A 6 MESES
ATENDIDOS EN AVAIPACF ENTRE 2016-2017**

Autoras:

Fuentes, Mariaelainer

C.I. V-20.391.888

Peña, Karen

C.I. V-20.443.393

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE
ODONTOLOGÍA CARRERA
ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS
MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO
EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 MESES A 6 MESES
ATENDIDOS EN AVAIPACF ENTRE 2016-2017**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Odontólogo

Autoras:

Fuentes, Mariaelainer

C.I. V-20.391.888

Peña, Karen

C.I. V-20.443.393

Tutor(a): Od. Sandra Rodríguez

San Diego, junio 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE
LOS MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR
HENDIDO EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 MESES A 6 MESES
ATENDIDOS EN AVAIPACF ENTRE 2016-2017

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 20.391.888

Fuentes Mariclainer

2. 20.443.393

Peña Karen

Tutor Propuesto: Od. Sandra Rodríguez

Firma:

Cédula de Identidad N°

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha
23/06/2017

San Diego, Junio 2017



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO.

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula de Identidad
Fuentes Salas	Mariaelainer Luisa	V-20.391.888
Dirección: Carrera 11 entre calle 6 y 7 Piritu Edo. Portuguesa		
Teléfono: 0426-318-28-84		
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología.	Índice Académico	9.83
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores: Fuentes, Mariaelainer 0426-318-28-84		
Peña, Karen 0421-217-40-08		
Título Del Trabajo: INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 MESES A 6 MESES ATENDIDOS EN AVAIPACF ENTRE 2016-2017.		
Breve Explicación: Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido atendido en la ASOCIACION VALENCIANA PARA LA ATENCION INTERDISCIPLINARIA AL PACIENTE CON MALFORMACIONES CRANEO-FACIALES (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) Valencia- Edo. Carabobo.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: (CHET) Hospital Central de Valencia		
Tiempo De Desarrollo: 7 meses		
Tutor Académico Propuesto: Od. Sandra Rodríguez		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN
 COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Srva. C. Jaffer [Firma] 23/06/2017
 NOMBRE FIRMA FECHA

 NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA:



[Firma]
29/6/17



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD: ANALISIS Y APROBACION DE TRABAJO DE GRADO.

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula de Identidad
Peña Olivi	Karen Yael	V-20.443.393
Direccion: Urb. Villa Nueva Calle N Casa 23 San Diego Edo -Carabobo		
Teléfono: 0241-216-40-08		
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología.	Indice Académico	10,06
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autores: Fuentes, Mariaelainer 0426-318-28-84		
Peña, Karen 0421-217-40-08		
Titulo Del Trabajo: INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 MESES A 6 MESES ATENDIDOS EN AVAIPACF ENTRE 2016-2017.		
Breve Explicacion: Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido atendido en la ASOCIACION VALENCIANA PARA LA ATENCION INTERDISCIPLINARIA AL PACIENTE CON MALFORMACIONES CRANEO-FACIALES (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) Valencia- Edo. Carabobo.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: (CHET) Hospital Central de Valencia		
Tiempo De Desarrollo: 7 meses		
Tutor Académico Propuesto: Od. Sandra Rodriguez		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN
 COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Eroy Cejeda [Firma] 23/06/2017
 NOMBRE FIRMA FECHA

 NOMBRE FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA [Firma] 29/6/17
[Firma]





**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ COORDINACIÓN DE
TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 A 6 MESES ATENDIDOS EN AVAIPACEF ENTRE 2016 - 2017”**, realizado por Mariaelainer Fuentes C.I 20391888. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA DE: _____ (____) PUNTOS

Tutor de Contenido

Nombre: Sandra Rodriguez

C.I.:

Jurado

Nombre: Nora De Fraino

C.I.:

Jurado

Nombre: Mirlanda Ortega

C.I.:

Fecha: _____



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ COORDINACIÓN DE
TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES EN NIÑOS Y NIÑAS CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 0 A 6 MESES ATENDIDOS EN AVAIPACEF ENTRE 2016 - 2017”**, realizado por Karen Peña C.I 20443393. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA DE:
_____ (_____) PUNTOS

Tutor de Contenido

Nombre: Sandra Rodriguez

C.I.:

Jurado

Nombre: Nora De
Fraino C.I.:

Jurado

Nombre: Mirlanda Ortega

C.I.:

Fecha: _____

DEDICATORIA

Dedico esta meta a:

Dios Todopoderoso, porque es quien merece toda la Gloria y Honor porque me ha dado la fuerza, fortaleza y sabiduría para así culminar con éxito esta hermosa carrera que a pesar de los miles de obstáculos que se me han presentado hoy puedo decir que soy bienaventurada por culminar exitosamente esta hermosa etapa.

A mi madre Elainer Salas y a mi padre Carlos Fuentes por darme la vida; porque han sido ejemplo y motivo para poder alcanzar este camino trazado. Y en ella la capacidad por superarme les estoy eternamente agradecida por su apoyo y consejos que me han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy.

A mi hija Maria Victoria Rojas y a mi sobrino Carlos Luis Fuentes que son mi adoración. Por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más, y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor. Porque así como se los prometí cada día tu mami y tía es Odontólogo.

A mi esposo Hebert Rojas, porque cada día contaba con su apoyo incondicional, por creer en que si podía y por declarar cada día sus bendiciones para mi vida. A mis tíos, primos y hermana por impulsarme a seguir adelante. A mis demás familiares también les doy gracias por creer en mí.

A mis Amigos Gianfranco, Fernando, Emperatriz, Belitza, Yesika, Patricia, Carmen, Maria Grazia, Fabian, aymara,. Gracias por motivarme y apoyarme día a día en las buenas y no tan buenas. Los Amo.

A todos los pacientes niños/as con labio y/o paladar hendido, porque fueron nuestra motivación y apoyo en la investigación.

Fuentes Mariaelainer

2017 **D**edico este logro a:

Dios, primero, por darme la vida, el entendimiento y la sabiduría; por guiarme en cada momento y en cada una de las cosas que me propongo a realizar. Hoy puedo decir que soy bienaventurada por culminar exitosamente esta hermosa etapa.

Mis padres, Rosanna Olivi y Alexander Peña, quienes a pesar de todas las adversidades me han ayudado a salir adelante dándome lo mejor de ellos con su amor y confianza. Mi compañera de tesis, que con mucho esfuerzo y dedicación nos esmeramos para alcanzar nuestro objetivo, que al final del camino lo logramos.

Peña Karen

2017

AGRADECIMIENTO

Nuestros más sinceros agradecimientos a:

Dios Todopoderoso, porque sin Él no somos nada.

Nuestros padres y familiares, por ser nuestros pilares y apoyo incondicional en el logro de esta meta.

A nuestra Tutora de Contenido, por su tiempo y dedicación para la revisión y sugerencias en el desarrollo de la investigación.

A nuestra Tutora de Metodología, por su tiempo, dedicación y apoyo en la estructuración de la investigación.

A todos amigos y compañeros de estudio durante estos años, quienes nos brindaron sinceros momentos de hermandad importantes para nuestro desempeño como estudiantes.

A todos aquellos, que de una u otra forma fueron parte de todo este logro.

A cada uno de ellos, muchas gracias...!!!

Fuentes Mariaelainer

Peña Karen

2017

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
LISTA DE CUADROS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN INFORMATIVO.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I.EL PROBLEMA.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1.1. Formulación del problema.....	15
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.2.1. Objetivo General.....	16
1.2.2. Objetivos Específicos.....	16
1.3. DELIMITACIÓN.....	16
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	43
CAPÍTULO III.MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	47
3.3.1. Población.....	47
3.3.2. Muestra.....	47
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS.....	49
3.4.1 Técnicas e instrumentos.....	49
3.4.2. Validación.....	50
3.4.3. Confiabilidad del instrumento.....	50
3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	51

CAPÍTULO IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
5.1. Conclusiones.....	61
5.2. Recomendaciones.....	64
REFERENCIAS.....	65
ANEXOS.....	68

LISTA DE CUADROS

N° CUADRO	CONTENIDO	pp.
N°1.	Cuadro de Operacionalización de variables.....	70
N°2.	Frecuencia: Tipo de Alimentación.....	54
N°3.	Frecuencia: Tipos de Anomalías.....	57
N°4.	Frecuencia Uso Placa Obturadora.....	59
N°5.	Frecuencia Avances en el desarrollo.....	60

LISTA DE FIGURAS

N° FIGURA	CONTENIDO	pp.
N°1:	Ilustración de un bebé con labio hendido.....	28
N°2:	Posición correcta de agarre durante el amamantamiento.....	41
N°3:	Diferentes tipos de hábitos bucales.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

N° GRÁFICOS	CONTENIDO	pp.
N°1.	Representación según el tipo de alimentación.....	54
N°2.	Representación según el tipo de malformación.....	57
N°3.	Registro de controles con placa obturadora.....	59
N°4.	Representación gráfica de los avances registrados en el desarrollo de los maxilares, para el uso de: Lactancia Materna (amamantamiento) + placa obturadora.....	60



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA**

Título: “Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en edades comprendidas entre 0 meses a 6 meses atendidos en avai pacf entre 2016-2017”.

Autoras: Fuentes, Mariaelainer y Peña, Karen **Tutora:**

Od. Sandra Rodríguez.

Fecha: Junio, 2017

RESUMEN INFORMATIVO

La odontología como rama de la Ciencia de la salud, persigue alcanzar una salud integral en los pacientes, asumiendo retos que incluyen patologías de origen multifactorial, por lo que es necesario que el odontólogo explore señalamientos con facultades multidisciplinaria para un mayor conocimiento aplicable durante el ejercicio de la carrera. La presente investigación tiene como objetivo principal: Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido atendidos en la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al Paciente con Malformaciones Cráneo-faciales

(AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo. Se utilizó como metodología una investigación documental o bibliográfica, nivel descriptivo, bajo la modalidad de campo, apoyada en un diseño no experimental, transversal. El estudio se centró en una población basada en cincuenta (50) historias clínicas, de allí se seleccionó una muestra de veintinueve (29) de ellas. Como técnica se usó la revisión bibliográfica y observación, instrumento: guía de observación. Se graficó los datos recolectados, encontrando hallazgos que señalan una baja tendencia (24%) para el amamantamiento. Se registra una diversidad de (18) tipos de malformaciones poco comunes de hendiduras asociadas a otras condiciones morfológicas. Así también, los registros anecdóticos señalan que el 100% usa placa obturadora, pero solo el 24% son controlados con placa obturadora+amamantamiento y de estos = el 100% registra cambios efectivos en el desarrollo maxilar. Se concluyó: que existe una posible influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Recomendando: al AVAIPACF brindar apoyo informativo a las madres, basado en la importancia del amamantamiento, los beneficios y aportes en el desarrollo de los maxilares y otros de tipo: neurológico, psicológico, inmunológico, nutricionales en pro de la salud integral del paciente infantil. **Descriptor:** Amamantamiento, desarrollo de maxilares, paladar hendido, salud integral.

INTRODUCCIÓN

La evolución del ser humano se manifiesta en un proceso que se mantiene en constante desarrollo y transformación la cual depende de diversos factores tanto internos como externos de cada individuo. Por su parte la salud bucal tiene una participación de vital importancia en el desarrollo integral y preservación de las condiciones generales de salud. En este sentido, se aprecian innumerables manifestaciones físicas y clínicas que influyen en la alteración del correcto desarrollo biopsicosocial.

Al respecto, existen patologías apreciadas en la población infantil las cuales se relacionan con los cambios estructurales, las variaciones morfológicas tanto las normales como las anormales, de origen genético o por los cambios funcionales de los tejidos blandos que rodean al hueso durante el proceso de su desarrollo. Cabe mencionar, que las anomalías maxilares por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar en los problemas de salud bucal; comprenden alteraciones del crecimiento, desarrollo y fisiologismo de los componentes anatómicos del sistema estomatognático (Ocaña, N, 2014).

El insuficiente crecimiento mandibular es una de las principales causas de la gran mayoría de anomalías orofaciales. La importancia de la función muscular media es dada por el acto de lactar, mediante el proceso de succión y deglución de la leche materna, la cual es responsable del desarrollo y de la maduración adecuada del macizo cráneo-facial. En la primera fase de la vida, la lactancia materna es el principal factor que influye en el crecimiento de los niños. Esta es aceptada como el mejor método de alimentación para los recién nacidos debido a los múltiples beneficios que proporciona para su desarrollo.

Para la OMS y UNICEF el amamantamiento natural posee gran importancia en el crecimiento integral del niño favoreciendo su desarrollo neurológico, psicológico e inmunológico y protegiéndolo de problemas de salud tales como malnutrición,

diarrea y enfermedades respiratorias. (Carrillo, C., 2008). La influencia de la lactancia materna en el desarrollo integral del sistema estomatognático ha sido materia de múltiples investigaciones, las cuales han demostrado que la falta de ésta conlleva a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuadas causando alteraciones en el complejo craneofacial. Sin embargo, existen pocas evidencias científicas que confirmen que la lactancia materna influye positivamente sobre el crecimiento de estructuras orofaciales específicas, como en el crecimiento mandibular.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en edades comprendidas entre 0 meses a 6 meses atendidos en AVAIPACF entre 2016-2017. Comprende cinco capítulos, estructurados de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Se señala el planteamiento del problema, la formulación de las interrogantes, los objetivos planteados y la justificación.

CAPÍTULO II: Comprende el Marco Teórico donde se desarrollan los antecedentes, las bases teóricas y la definición de términos básicos. Así como también el cuadro de operacionalización de las variables.

CAPÍTULO III: En este capítulo se presentan el Marco Metodológico, donde se describe el tipo de investigación, el diseño, la población y la muestra. Así mismo, las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de los datos, validación, confiabilidad del instrumento y las técnicas para el análisis de los datos.

CAPÍTULO IV: En esta sección se presenta el análisis y discusión de los resultados; es aquí donde se grafican los resultados y se presenta en forma breve un análisis de las apreciaciones particulares de las investigadoras.

CAPÍTULO V: Una vez finalizada la investigación, se presentan las conclusiones de acuerdo al desarrollo de los objetivos planteados y se trazan recomendaciones.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Estimular es favorecer el desarrollo del niño a través de su madre”
(Matas 1990)

La alimentación en la primera etapa de la vida es de suma importancia, por su influencia en el desarrollo del niño/a. El mecanismo de amamantamiento comienza cuando el niño o niña coloca el pezón en la boca y sella con sus labios alrededor de éste, cuando el bebé succiona y deglute la leche materna, el velo del paladar se eleva, cerrando la cavidad nasal. Esto genera una presión negativa que mantiene el pezón dentro de la boca y la leche materna es extraída de los conductos junto con la ayuda de la lengua.

Cuando existe un niño/a con labio y/o paladar hendido, es difícil para ellos realizar un buen sellado alrededor del pezón. No podrá cerrar la cavidad nasal y la succión a veces es imposible de conseguir ya que el reflejo de succión se sitúa unos milímetros antes de la unión del paladar blando y duro.

Es así, que Habbaby, N. (2000), considera que en estos casos de fisura palatina el odontólogo especialista tomará la impresión para confeccionar una placa de Mc Neil, que se coloca antes de que él bebe reciba la primera mamada. Esta plaquita evitará el reflujo del alimento por la nariz y estimulará a su vez la coordinación respiratoria y las funciones alimentarias.

Hay que acotar, que la respiración es el primer estímulo paratípico permanente en el individuo desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento constituye el segundo estímulo de vida, por tal motivo se señala a

Merino (2003), quien cita a Guerra (1999) expresando que "el amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente. Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos; por medio del cual el niño se alimenta" (p.18).

En el mismo orden de ideas, Benitez, L. (2009), considera que el amamantamiento, es un complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con la mandíbula y lengua, predominan sobre los otros huesos y músculos craneofaciales, contribuyendo estos estímulos primarios al buen desarrollo de los maxilares.

Es importante destacar, que en Latinoamérica desde el año de 1991 hasta el 2012, diversos estudios como los de: Guerra, M. (1999), Mendoza, A. (2008), y Rondón, R. (2012), coinciden que el amamantamiento favorece el crecimiento y desarrollo del aparato bucal y la maduración de sus funciones, previene la adquisición de hábitos viciosos orales y las anomalías dento-buco-máxilo-faciales, ya que está íntimamente relacionada con el amamantamiento y los músculos de la succión. Hoy en día la realización de una adecuada lactancia materna en la población está disminuyendo, esto gracias al modernismo y el mundo globalizado en que viven las mujeres de la actualidad.

Para este caso, Hernández y Quiñones (2013), reseñan la importancia de la leche materna anunciada por parte de la OMS y UNICEF, ya que es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños y niñas, además proporciona nutrientes de alta calidad y contiene todo el agua que él bebe necesita, absorbe fácilmente y utiliza eficientemente.

Por otra parte, algunos estudios en países de ingresos medios y bajos sugieren que el aplanamiento precoz en la curva de crecimiento, se presenta en niños que no han sido alimentados de forma exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida con leche materna y que esta disminución en la velocidad de crecimiento podría relacionarse con él; la lactada al seno es un elemento importante para el crecimiento facial armónico del niño, debido a la cantidad de músculos que se ponen en acción y a

la potencia de esa acción muscular; el primer año de vida es un período de crecimiento excepcionalmente rápido, por ello es importante que pueda beneficiarse, durante ese tiempo, de todos los estímulos necesarios para el desarrollo óptimo de su potencial (Hernández y Quiñonez, Ob. Cit., 2013).

Es importante señalar, que solo el amamantamiento es el que va a estimular los nervios los cuales producen unos movimientos antero posteriores de los rodetes del maxilar y la mandíbula y va a los centros propioceptivos de labios, lenguas, mejillas, músculos, articulación temporo mandibular tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático, además el acto de amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento anteroposterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pteriogoideos, y diferenciación de la articulación temporo mandibulares.

También, hay que referir que entre las seis semanas y media y la décima de vida intrauterina, se produce interiormente la separación de las cavidades nasal y bucal, tal como lo afirma Zago (1978) citado por Hernández y Quiñones (ob. Cit., 2013), inicialmente estas cavidades se comunican con amplitud de la cara interna de los procesos maxilares se desarrollan unas formaciones en forma de repisas que crecen horizontalmente llamadas crestas palatinas, las cuales se fusionan entre sí en la línea media para formar el paladar; la prolongación más anterior del maxilar tiene forma triangular, tiene su origen en el proceso nasofrotal; más adelante en la porción ventral del paladar, el mesénquima se osifica y da origen al paladar óseo, el mesénquima dorsal no se osifica y da origen al paladar blando.

No obstante, Kruger (1978) citado por Hernández y Quiñones (ob. Cit., 2013), plantea que debido a la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación cuando los tejidos del labio o de la boca, respectivamente, no se forman correctamente durante el desarrollo embrionario puede presentarse como fisura entre el labio superior y la nariz o fisura entre el paladar y la cavidad bucal.

Por otra parte, las fisuras labiopalatinas pueden dar lugar a la variedad morfológica, ya que estas generan la deformidad de cuatro estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral.

Sin embargo, las alteraciones dentales aumentan en pacientes con labio y paladar hendido, quienes además de presentar problemas: auditivos, en el desarrollo del lenguaje y alimenticios, también presentan alteraciones en la forma o anatomía de algunas unidades dentarias, así como la ausencia de algunos dientes y la presencia de dientes supernumerarios.

Es de allí que en la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al paciente con malformaciones cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), se ha evidenciado que la lactancia materna es la alimentación del niño con labio y/o paladar hendido de 0 a 6 meses, por lo cual es relevante indagar sobre los aspectos que guardan relación entre las características del paciente, la alimentación, el desarrollo de los maxilares y la dentición primaria.

1.1.1 Formulación del problema

Para la formulación del problema, surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué tipo de alimentación se le suministra al niño/a con labio y/o paladar hendido registrado en la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al paciente con malformaciones cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo?

¿Cuáles son las anomalías más frecuentes en los niños/as con labio y/o paladar hendido registrados en AVAIPACF?

¿Cuál es la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo?

1.2OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1Objetivo General

Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños/as con labio y/o paladar hendido atendidos en la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al Paciente con Malformaciones Cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo.

1.2.2Objetivos Específico

1. Identificar el tipo de alimentación suministrada al niño/a con labio y/o paladar hendido paciente de la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al paciente con malformaciones cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo.

2. Especificar las anomalías más frecuentes en los niños/as con labio y/o paladar hendido registrados en AVAIPACF.

3. Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo.

1.3DELIMITACIÓN

- Delimitación del objeto:** Historias Clínicas de niños/as con labio y/o paladar hendido de 0 a 6 meses.
- Delimitación en el espacio Físico Geográfico:**Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), AVAIPAICF.
- Delimitación en el tiempo:** período 2016-2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS y UNICEF (2002), la lactancia materna genera la primera inmunización del bebé, protegiendo al niño y niña frente a muchas enfermedades, y en el caso de los bebés con labio y/o paladar hendido se ha demostrado que disminuye el riesgo de contraer la otitis media recurrente, ya que es algo muy frecuente en estos niños porque puede acumularse más fácilmente líquido en el oído medio. Es importante tener en cuenta que la lactancia materna disminuye la incidencia de Síndrome de Muerte Súbita del lactante además el amamantamiento facilita el desarrollo de la mandíbula. Con ella se consiguen posiciones adecuadas de la lengua, por lo que facilita el equilibrio del rostro.

Es así que, Díaz, C. y Díaz, G. (2013), en su trabajo de atención primaria exponen que la fisura labio-palatina es una de las malformaciones congénitas, con una incidencia variable según las razas. Estos defectos son causa de una embriopatía en la que se produce una soldadura incompleta o imperfecta del proceso maxilar con el mamelón nasal correspondiente, que conlleva a un problema estético y hace más difícil la alimentación de estos recién nacidos. Los bebés con fisura palatina tienen más dificultada la hora de alimentarse porque la anatomía normal de la cavidad oral está alterada.

En otro orden de ideas, cabe señalar que los niños y niñas que poseen labio y/o paladar hendido, afecta la vida cotidiana de la familia aunado esto al temor y angustia que siente la madre al momento del amamantamiento que el bebé se ahogue (broco aspire) al succionar la leche sin la utilización de la placa de alimentación, es por ello que en AVAIPCF que es un equipo transdisciplinario orienta a las madres que acuden al centro a colocar las placas ortopédicas de alimentación y funcional unida está a charlas para promocionar el amamantamiento realizado en sus citas programadas quincenales o mensuales para guiar el cierre de la hendidura palatina a través de los

estimulo propioceptivos que va originado el acto de la succión al golpear la placa contra el paladar estimulando los músculos orbiculares y maceteros.

Por lo cual, es que se hace relevante estudiar la relación de la lactancia materna en el crecimiento de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido, permitiendo el adelantamiento de la mandíbula y la remodelación de la fosa mandibular y de la cabeza mandibular mejorando la estructura facial general. Pese a la importancia del tema, no existen trabajos clínicos directos que respalden la afirmación de que el amamantamiento influya en el desarrollo mandibular, por lo tanto es importante conocer de qué manera influye este en el desarrollo craneofacial, específicamente en el crecimiento mandibular; aportando de esta forma las conductas a seguir que favorezcan a la comunidad en general en pro de una buena salud bucal.

En la práctica profesional de la odontología, para determinar la influencia que tiene el amamantamiento en el desarrollo de los maxilares es importante hacer un estudio como el presente, para que a través de las historias clínicas se pueda conocer, en primer lugar el tipo de alimentación suministrada al niño/a con labio y/o paladar hendido, asimismo verificar cuáles son las características registradas de los tipos de malformación y por ultimo determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares, cotejando si hay o no avance efectivo. De todo lo antes expuesto, se justifica la presente investigación, para dar un aporte a otras investigaciones, donde se estudien casos que aborden los señalamientos aquí planteados.

En cuanto a los aportes teóricos, se pretende desarrollar los principales elementos y características que identifican al paciente con labio y/o paladar hendido, de manera sencilla y concreta. Así como también el tipo de alimentación, posiciones para alimentar, placa palatina, factores que influyen en el crecimiento de los maxilares, entre otros, que son de carácter informativo para que el estudiante que va a comenzar en el campo laboral incorpore esta información a los conocimientos previos.

En referencia a la importancia de carácter metodológico, se puede decir que la metodología utilizada le da importancia a las técnicas de investigación manejadas, por su aporte para analizar datos de tipo documental o bibliográficos recopilados en registros históricos para la comprensión del tema. Asimismo, de manera descriptiva permite identificar características tomadas de los eventos de una realidad, por lo que lo hace un trabajo de campo.

Las razones de interés socio-educativo, se justifican porque a través de esta investigación se pretende incorporar nuevos conocimientos a los investigadores en el área de la odontología por tratarse de un estudio relacionado con historias clínicas que muestran condiciones, características específicas registradas y esos avances observados en los niños/as con labio y/o paladar hendido, para una buena atención y cuidado odontológico por la vulnerabilidad de los casos. También sirve de apoyo a los profesionales de AVAIPACF, ya que muestran interés en la incorporación de estudios que ayuden al conocimiento de los factores relacionados con el desarrollo de los maxilares en estos pacientes. Otro aspecto relevante, es que a partir de esta investigación puede darse un incentivo a las madres en cuanto a la importancia e influencia del amamantamiento para el beneficio del desarrollo bio-psico-social del paciente.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

El marco teórico, tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema. Según Sabino (2007) "Se trata de integrar al problema dentro de un ámbito donde éste cobre sentido, incorporando los conocimientos previos relativos al mismo y ordenándolos de modo tal que resulten útil a nuestra tarea".

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta sección se refiere a los estudios previos, trabajos, tesis de grado, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el proyecto presentado. Para Arias, F. (2012), los antecedente “reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones” (p. 106).

En este sentido, se cita en primer lugar como aporte internacional a: González, F., y otros (2014), con su trabajo titulado: “Lactancia materna en niños con fisura labio alveolo palatina (FLAP), presentado a la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena, Colombia”.

El objetivo de la investigación fue: Analizar los conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna en madres de niños con FLAP y la forma en que ejercen la lactancia en la ciudad de Cartagena de Indias. Como metodología, se implementó un estudio descriptivo transversal, sobre una muestra de 26 madres de niños con FLAP, a través de una encuesta estructurada teniendo en cuenta aspectos características sociodemográficas, posición del lactante, postura de la madre, duración y frecuencia diaria. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS vs20,

teniendo en cuenta datos para la significancia con un valor $p < 0.05$, usando el test exacto de fisher's.

Como resultado se obtuvo: El 65% de las mujeres encuestadas afirmó nunca recibir información sobre amamantamiento. El 42% afirma hacerlo 4 veces al día. En cuanto a la posición, se dividen equitativamente entre caballito y estirado en paralelo, cada uno con 38%. En cuanto a la postura de la madre, el 100% comentó hacerlo sentadas. El 65% afirmó no recibir ayuda en el momento de la lactancia, sin embargo el 77% presentó comodidad y solo el 8% reportó dolor en el pezón durante la lactancia, el 81% afirma que no utiliza elementos de ayuda, respecto al ritmo, el 38% afirman que es rápido y solo el 8% reporta ruidos provenientes de la succión.

En cuanto a la postura de labios, lengua, nariz y mentón el 62% afirman notarlo en sus hijos. El 65% comentó que su hijo succiona, descansa y respira, el 58% comentó ver las mejillas en posición normal durante la succión, el 88% de las mujeres afirmó utilizar maniobra, la más común involucra los dedos índice y pulgar, con un 58%. No se observó una asociación entre la posición y la edad de las madres. Al relacionar el nivel académico con la maniobra utilizada se observó significancia al obtener valores de $p < 0.05$. La mayoría de las madres comentó amamantar a su hijo 4 o más veces al día, lo cual se relacionó con aquellas madres que no trabajan y sugiere que estas poseen mayor tiempo disponible para la lactancia, sin embargo no hubo valores significativos para dicha relación.

Los autores concluyen, que la desinformación sobre el tema de amamantamiento es preocupante ya que se presenta en la mayoría de las madres, por lo que se hace necesario ampliar la difusión de conocimientos acerca del tema y así garantizar el aporte de nutrientes necesarios a estos niños en sus primeros meses de vida tanto para su sistema inmunológico como para su desarrollo y crecimiento.

En relación y concordancia con la presente investigación, coinciden en la importancia de la lactancia materna o amamantamiento, señalando que debe ser la única fuente de nutrición durante los primeros meses de vida, ya que ésta aporta

nutrientes necesarios para el beneficio tanto del sistema inmunológico como del crecimiento y desarrollo del sistema estomatognatico. De allí, se hace necesario conocer los métodos que utilizan las madres de niños con labio y/o paladar hendido para poder reorientar el cumplimiento de esta función, en situaciones fisiológicas de más alta complejidad y además, teniendo en cuenta el tipo de malformación o anomalía registradas en las historias clínicas.

Seguidamente, como antecedente nacional se cita el trabajo de Rondón, R.; Zambrano, G. y Guerra, M. (2012), titulado: “Relación de la lactancia materna y el desarrollo dento-buco-maxilo-facial: revisión de la literatura Latinoamericana”. El estudio fue de tipo descriptivo.

Para este estudio, se utilizó la revisión bibliográfica de cuarenta y cuatro (44) artículos publicados los cuales relacionaban la lactancia materna con el desarrollo del complejo máxilofacial y con la prevención de maloclusiones. Estos artículos fueron publicados entre los años 1991-2012 en revistas latinoamericanas, correspondiente a los siguientes países: Brasil (18), Venezuela (14), Colombia (3), Cuba (3), Argentina (2), Puerto Rico (1), Bolivia (1), Perú (1) y Chile (1). Se mencionan a continuación tres de las revisiones bibliográficas más relevantes de este estudio:

(1) En primer lugar se menciona a Merino, E. (2003) quien publicó en Venezuela una revisión bibliográfica titulada: "Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales". Quien concluye, que la lactancia materna además de proveer múltiples beneficios a la madre y al hijo, supone un estímulo muy importante en el desarrollo y crecimiento de las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido. Permite la maduración adecuada de las funciones del aparato bucal, produce estímulos de desarrollo que son necesarios para el crecimiento máxilo-mandibular y previene la instauración de hábitos viciosos de succión y de deglución.

(2) Otro trabajo revisado fue el artículo publicado por Ortega, G. (1998), titulado: "Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental" en Cuba en el

cual reflexiona sobre la importancia del amamantamiento en la adecuada posición y función de la lengua, en la actividad muscular, lo que permite un apropiado desarrollo de los maxilares que facilita la erupción y alineación dental, contribuye a prevenir retrognatismos mandibulares, provee de buenas relaciones intermaxilares, disminuye los indicadores de maloclusión (resalte, apiñamiento, mordida cruzada anterior y/o posterior, mordida abierta, distoclusión y rotaciones dentarias). De igual forma afirma que la lactancia materna provee estabilidad psicológica al niño lo que contribuye a disminuir la prevalencia de hábitos parafuncionales.

(3) En tercer lugar: se tiene a Guerra, M. (1999), Título: “Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares”, Venezuela. Objetivo: Determinar la influencia del acto de lactar en el crecimiento de los maxilares, su relación con la maduración de las funciones del aparato bucal y el rol de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones dentales, dicho estudio fue de tipo descriptivo. Entre los resultados obtenidos se destaca una asociación estadística significativa entre la presencia de hábitos parafuncionales en especial de succión (digital, chupón) y deglución y un periodo de lactancia materna menor a 6 meses y se recalca la importancia del amamantamiento en la maduración y preparación muscular para una óptima ejecución de la función masticatoria.

Entre los resultados obtenidos en las 44 revisiones bibliográficas, se coincide en que el amamantamiento favorece el crecimiento y desarrollo del aparato bucal y la maduración de sus funciones, previene la adquisición de hábitos viciosos orales y las anomalías dento-buco-máxilo-faciales se destaca la relevancia odontológica que posee la lactancia materna en el desarrollo del sistema estomatognático.

De acuerdo a esta revisión de literatura Latinoamericana, la lactancia materna se relaciona con un adecuado crecimiento y desarrollo del maxilar y de la mandíbula lo que provee de buenas relaciones intermaxilares. Dejando clara la importancia de la función muscular mediada por el acto de lactar (procesos de succión y deglución de la leche materna) la cual es responsable del desarrollo y de la maduración adecuada del

macizo cráneo-facial. Sirviendo de aporte como referencia teórica para el desarrollo de la presente investigación.

En este mismo orden de ideas, se cita a Camacho, F. (2012), quien presentó un trabajo titulado: Protocolo de servicio integral para pacientes labio y paladar hendido. Este estudio fue presentado a la Universidad del Zulia, facultad de Odontología, como requisito para optar al título de especialista en odontopediatría en Venezuela.

Este estudio tuvo como objetivo General: Diseñar un Protocolo de Servicio Integral para Pacientes con Labio y Paladar Hendido (LPH). Para tal fin, se utilizó como metodología: el tipo de investigación proyectiva, diseño de investigación mixta: documental-de Campo. Se llevó a cabo en el servicio autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), Hogar Clínica San Rafael y Hospital de Especialidades Pediátricas, Municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela.

En cuanto a los resultados: Se determinó que no existe un protocolo de servicio integral para pacientes LPH. Por lo cual la autora, llegó a la conclusión: de proceder a elaborar un Protocolo de Servicio Integral de Atención Intrahospitalario a Pacientes LPH. Considerando que las malformaciones labio paladar hendido no son alteraciones particulares aisladas, sino que se presentan con diferentes comprometimientos funcionales, intelectuales, emocionales y sociales, su abordaje también debe ser interdisciplinario bajo una concepción de servicio de atención hasta lograr la verdadera rehabilitación de quien lo padece, proporcionándole a dichos pacientes salud y calidad de vida.

En este sentido, este aporte se asemeja al presente estudio por reconocer al odontólogo como parte del equipo multidisciplinario que participa en la salud integral del niño/a con labio y/o paladar hendido. De allí, que como estudiantes de la carrera odontológica se debe indagar sobre todas las anomalías que pueda presentar un niño/a con labio y/o paladar hendido con características asociadas a otras condiciones, para brindarle una buena atención y un eficaz tratamiento.

2.2. BASES TEORICAS

Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proporciones que conforman el punto de vista o enfoque adaptado, para sustentar o explicar el problema planteado (Arias, F. Ob. Cit., 2012).

Para esta investigación, como bases teóricas, es necesario abordar las siguientes generalidades: La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1989) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”.

Dicha alimentación presenta ventajas nutritivas e inmunológicas, pues la leche materna contiene proteínas (lactoalbúminas, lactoglobulinas y cascina), además posee componentes del sistema inmune como inmunoglobulina A, confiándole al alimento capacidad antibacteriana, de igual forma posee propiedades antivirales y cuenta con enzimas útiles para la digestión, hormonas que favorecen el crecimiento durante el primer año de vida, además de sustancias tróficas para el desarrollo anatómico y funcional del intestino.

La OMS y el Unicef en el año 2002 recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años; en tal sentido la Academia Americana de Pediatría (2005) recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.

En el mismo orden de ideas, el Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría (2008) coincide en sus recomendaciones con OMS y Unicef; cuando el niño no completa una lactancia de al menos dos años está expuesto al deficiente desarrollo del aparato bucal produciéndose el “síndrome de malposición dental”,

desarmonía dento-maxilar cursada con una falta de espacio, debido a que la lactancia estimula el desarrollo y maduración de las funciones del aparato bucal y contribuye en la prevención de anomalías dento- buco- máxilo- faciales, que hoy día podría calificarse como auténtica pandemia en los países desarrollados, alcanzando cifras de hasta el 90% en la población infantil.

Según laOMSy elUnicef, a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo.

Es importante señalar que solo el amamantamiento es el que va a estimular los nervios los cuales producen unos movimientos antero posteriores de los rodetes del maxilar y la mandíbula y va a los centros propioceptivos de labios, lenguas, mejillas, músculos, articulación temporo mandibular tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático, además el acto de amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento antero - posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pterigoideos, y diferenciación de la articulación temporo mandibulares.

En los bebés, el cartílago de crecimiento condíleo es muy activo en su desarrollo y al final del segundo año de vida prácticamente desaparece. Se puede deducir que la disminución de la retracción de la mandíbula inferior del recién nacido depende de una lactada eficaz, exigiendo a los pterigoideos laterales que se ubiquen correctamente, pues parecen ser los mediadores indispensables del crecimiento cartilaginoso del cóndilo. Debido a la tensión que reciben los ligamentos estenomandibulares (ubicados en la base de la lengua dentro de la quijada), la succión

del seno induce también el crecimiento de la parte posterior de la rama horizontal de la mandíbula inferior.

En algunos estudios en países de ingresos medios y bajos sugieren que el aplanamiento precoz en la curva de crecimiento, se presenta en niños que no han sido alimentados de forma exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida con leche materna y que esta disminución en la velocidad de crecimiento podría relacionarse con él; la lactada al seno es un elemento importante para el crecimiento facial armónico del niño, debido a la cantidad de músculos que se ponen en acción y a la potencia de esa acción muscular; el primer año de vida es un período de crecimiento excepcionalmente rápido, por ello es importante que pueda beneficiarse, durante ese tiempo, de todos los estímulos necesarios para el desarrollo óptimo de su potencial.

Se ha evidenciado el aumento de malformaciones craneo facial que comienzan a ocurrir entre la sexta y octava semana de vida intrauterina, así lo sostiene, Pérez (2006), cuando afirma que:

En este periodo se produce la transformación de estructuras embrionarias importante como son el saco dentario, papila dentaria y el órgano dentario que en el proceso de histodiferenciación darán lugar a la formación de esmalte, dentina y cemento. La ontogénesis es el proceso de formación del diente, el cual es continuo se inicia con la formación de la corona y termina con la formación de la raíz, la capacidad de formación de la dentina continua durante la vida del diente. Las anomalías del diente son malformaciones congénitas de los tejidos del diente que se dan por falta o aumento en el desarrollo de estos, estas pueden ser de forma, número, tamaño, de estructura, de posición incluso pueden provocar retraso en el cambio de los deciduos a los permanentes y en algunas ocasiones falta de desarrollo maxilar.

Por otra parte existen algunas deformaciones congénitas entre las cuales se encuentra el labio y o paladar hendido, las cuales son deformaciones congénitas de la boca y del labio. Estas anomalías afectan aproximadamente a uno de cada 700

nacimientos y son más comunes entre los asiáticos y determinados grupos de indios americanos que entre los caucásicos. Ocurren con menos frecuencia entre los afroamericanos.

Es importante recalcar que se desarrollan en la etapa temprana del embarazo, cuando los laterales del labio y el paladar no se fusionan como deberían. Un niño puede tener un labio leporino, el paladar hendido o ambos; así mismo la prevalencia de ambas anomalías juntas son más comunes en los niños que en las niñas. Y suelen ser atendidos a partir de que el pediatra detecte la malformación o años posteriores según sea el grado de responsabilidad del padre (Pérez, ob. Cit, 2006).

Paladar hendido

Se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando) (BNM, 2016).

A menudo la hendidura también incluye el labio, el paladar hendido no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca; por otra parte el labio leporino es una deformación en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal.



Figura N°1: Ilustración de un bebé con labio hendido.

Fuente: Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos (BNM, 2016).

El grado del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (corte del labio) hasta severo (gran abertura desde el labio hasta la nariz). Un bebé puede sufrir de labio leporino o de paladar hendido, o de ambos al mismo tiempo, el grado de deformación del labio leporino y del paladar hendido puede variar enormemente, es así como el problema inmediato más común asociado con estas anomalías es la alimentación del bebé.

Entre las causas exactas de estas anomalías no se conoce completamente, aunque hay algunas referencias de que ambos son causados por múltiples genes heredados de ambos padres, así como también enfermedades de la madre, ingesta de alcohol durante la gestación, falta de ácido fólico y vitamina B, factor RH positivo en la sangre del padre cuando la madre es RH negativo y la ingesta de ciertos medicamentos durante el embarazo, y factores ambientales que los científicos todavía no comprenden totalmente (multifactorial), puesto que están implicados los genes, las probabilidades de que se vuelva a presentar un labio leporino o un paladar hendido, o ambos en una familia son elevadas, dependiendo del número de miembros de la familia que tengan labio leporino y/o paladar hendido (SECPRE, 2015).

Es importante destacar que los síntomas de estas anomalías son visibles durante el primer examen que realice el médico de su hijo, aunque el grado de deformación puede variar, tras la inspección de la boca y los labios puede notarse la anomalía, ya que hay un cierre incompleto del labio, del paladar, o de ambos.

Por otra parte entre las posibles complicaciones asociadas con el labio leporino y el paladar hendido más allá de la deformación estética, estas pueden estar asociadas, pero no están limitadas, según la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), a las siguientes:

Dificultades de alimentación: Se presentan más dificultades para la alimentación con las anomalías del paladar hendido. El bebé puede ser incapaz de succionar adecuadamente porque el paladar no

está formado completamente. **Infecciones del oído y pérdida auditiva:** Las infecciones del oído se deben a menudo a una disfunción del tubo que conecta el oído medio y la garganta. Las infecciones recurrentes pueden llevar a una pérdida auditiva. **Retrasos del habla y del lenguaje:** A causa de la abertura del paladar y del labio, la función muscular puede verse reducida, lo que conduce a un retraso en el habla o habla anormal. Consulte con el médico si su hijo necesita una remisión para visitar a un terapeuta del habla. **Problemas dentales:** Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan salir normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia.

Por lo anteriormente mencionado la preocupación más inmediata para un bebé que tiene el paladar hendido es la buena nutrición, para los niños que tienen el paladar hendido la succión es difícil a causa de la mala formación del paladar. Un bebé con labio leporino puede amamantar, pero si el bebé tiene el paladar hendido puede amamantar si la fisura es pequeña o estrecha, el pezón debe situarse donde no hay fisura; lo importante es que obtenga un buen agarre por lo que se necesitará ayuda.

Hendiduras bucales

Para Bartoshesky (2008), las hendiduras bucales “se producen cuando los tejidos del labio o del paladar de un feto no se unen en las primeras etapas del embarazo” (p.3). Los niños con hendiduras por lo general no tienen suficiente tejido en la boca, y el tejido que tienen no está fusionado correctamente para formar el paladar. El labio hendido se ve como una abertura o fisura angosta en la piel del labio superior que se extiende hasta la base de la nariz.

El paladar hendido es una abertura entre el paladar y la cavidad nasal. Las investigaciones de Bartoshesky (ob. Cit, 2008) señalan que hay más niños que niñas con paladar hendido. Dado que las hendiduras producen síntomas visibles específicos, son fáciles de diagnosticar y se pueden detectar mediante una ecografía prenatal. Si la

hendidura no se detectó antes del nacimiento del bebé, se la identifica inmediatamente después.

Algunos niños tienen hendiduras que se extienden a lo largo del frente y la parte trasera del paladar, mientras que otros sólo tienen una hendidura parcial. Los tres tipos comunes de hendiduras son:

1. labio hendido sin paladar hendido
2. paladar hendido sin labio hendido
3. labio hendido y paladar hendido juntos

Para Camacho, F. (2012), las hendiduras pueden ser “de paladar blando, paladar blando y duro, unilateral o bilateral y cada una de ellas lleva implícito niveles de complicaciones según el caso, generando alteraciones en las cinco funciones vitales del hombre: fonación, masticación, deglución, respiración y estética” (p.5). Situación que se agrava debido a las alteraciones en número, formas y estructura dentarias, característico en esta alteración. Unido a esto, la falta de oxigenación hace que los niños sean hipotónicos, trayendo como consecuencia que los músculos voluntarios, responsables del movimiento no tengan la suficiente tonicidad para cumplir con su función, haciendo que la masticación sea ineficiente y que la posición corporal sea inadecuada. Entre tanto, esta misma autora (Camacho, F; 2012) sostiene que:

La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labioalveolopalatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido siempre un desafío para que se adoptara universalmente una clasificación única; y si a esto se añade la moderna idea de que la clasificación debe estar basada no en los hechos anatómicos del feto a término, sino en los datos embriológicos que han dado lugar a la deformidad, resulta que prácticamente cada estudioso de este problema ha hecho su clasificación propia (p.19).

Clasificación: Spina 1974

Predomina: afectación unilateral, casos derechos, labio +/- paladar. Más frecuente: varones. Labio en hombres. Paladar exclusivo: mujeres. Está asociado a tabaco y alcohol. - Asociado a más de 171 síndromes (UCM, 2014).

Grupo I: Fisuras anteriores al foramen incisivo. Fisura del labio con o sin fisura alveolar. o Unilateral (total o parcial) o Bilateral (total o parcial de uno o ambos lados) o Medial (total o parcial), la más rara.

Grupo II: Fisuras anteriores del foramen incisivo. Fisura del labio, alveolo y paladar. o Unilateral total o parcial o Bilateral total o parcial - Completo: llega a la nariz - Incompleto: no llega a la nariz. La hendidura que asciende hasta la nariz se le denomina banda de SIMONART.

Usualmente las hendiduras amplias se producen por fallas en la elevación mientras que las estrechas se deben a procesos palatinos que fallaron al momento del contacto y fusión, o fallaron a pesar de haber logrado contacto (Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R., 2010).

Clínica: Deformación estética. Dificultades de alimentación: Se presentan más dificultades para la alimentación con las anomalías del paladar hendido. El bebé puede ser incapaz de succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente. Infecciones del oído y pérdida auditiva: Las infecciones del oído se deben a menudo a una disfunción del tubo que conecta el oído medio y la garganta. Retrasos del habla y del lenguaje: A causa de la apertura del paladar y del labio, la función muscular puede verse reducida, lo que conduce a un retraso en el habla o habla anormal. Problemas dentales: Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan salir normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia

Causas: Los médicos no saben con exactitud por qué un bebé desarrolla labio hendido o paladar hendido, pero se cree que puede ser una combinación de factores

genéticos (heredados) y medioambientales (tales como ciertos fármacos, enfermedades y el uso de alcohol o tabaco durante el embarazo) (Bartoshesky, ob. Cit., 2008). El riesgo puede ser mayor para los niños cuyos hermanos o padres tienen una hendidura o que tienen antecedentes de hendiduras en la familia. Tanto las madres como los padres pueden transmitir un gen o genes que pueden contribuir al desarrollo de labio hendido o paladar hendido.

Complicaciones: Los niños con labio hendido o paladar hendido tienden a ser más propensos a acumular líquido en el oído, a perder la audición y a tener defectos en el habla. Los problemas dentales, tales como caries y dientes faltantes, adicionales, malformados o desplazados, también son comunes en los niños nacidos con paladar hendido (Bartoshesky, ob. Cit., 2008).

Muchos niños con hendiduras son especialmente vulnerables a las infecciones de oído porque sus trompas de Eustaquio no drenan correctamente el líquido del oído medio a la garganta. El líquido se acumula, aumenta la presión en los oídos y puede comenzar la infección. Por este motivo, se les pueden insertar quirúrgicamente unos tubos especiales en los oídos en el momento de la primera cirugía reconstructiva.

Tal como se menciona con antelación, la alimentación también puede ser otra complicación para un bebé con labio hendido o paladar hendido. El labio hendido puede hacer que al bebé le resulte más difícil succionar del pezón, mientras que el paladar hendido puede provocar que la leche materna o de fórmula ingrese accidentalmente en la cavidad nasal (Intermountain H., 2013). Hay tetinas especiales y otros dispositivos que pueden ayudar a facilitar la alimentación. En algunos casos, los niños con labio hendido o paladar hendido pueden necesitar usar un paladar protésico llamado obturador palatino para poder comer correctamente.

Placa obturadora palatina

Es un dispositivo hecho con acrílico que se coloca en la boca del niño con paladar hendido y de esta manera facilitar la alimentación del niño evitando que el alimento pase por la fisura y llegue a las estructuras que conforman el oído y la nariz. Para la realización de la placa, es necesario tomar una impresión de la boca del niño para así tener un molde y la plaquita le quede al niño a la medida. Las funciones de la placa obturadora son (Bartoshesky, ob. Cit, 2008):

- Permitir una correcta alimentación con pecho o biberón
- Mejorar la posición de la lengua evitando que esta se introduzca en la fisura con lo cual aumentara su tamaño.
- Favorece la cicatrización
- Separar la cavidad nasal de la bucal, permitiendo una correcta función respiratoria.
- Estimular al paladar para que asegure el cierre posterior evitando así regurgitaciones, aspiraciones de alimentos, rinitis crónica o neumonías aspirativas.
- Estimular el hueso y evitar deformaciones del mismo.

Cuando el paciente, ya tienen su placa, se deben considerar estos puntos:

- La placa cada semana se la van ajustando para que sea proporcional a su desarrollo.
- Se le debe de limpiar todos los días para que no se le queden residuos y se creen bacterias que le puedan causar alguna infección.
- Se puede pegar con un poquito de corega para que no se le caiga.
- A la plaquita se le pone un pequeño alambrito con una perlita en la punta que sostiene la naricita y evita que esta se le deforme. Esta perlita la debe de seguir utilizando después de que los operen de su paladar por un tiempo más y así seguir cuidando su desarrollo.

Amamantamiento de los niños con paladar hendido

Existen varios desafíos que se presentan a la hora amamantar durante esta patología: a) dificultad con el agarre y la succión, b) riesgo de atragantamiento, c) la leche le puede salir por la nariz, d) el bebé puede preferir el lado que no tenga la hendidura, e) el bebé se puede cansar más fácilmente y puede no amamantar el tiempo suficiente para obtener la leche del final de la toma que es la más rica en grasas, f) Succión débil o no rítmica, g) El bebé puede tragar demasiado aire.

Es importante destacar que los niños con estas anomalías poseen múltiples ventajas al ser amamantados según Intermountain H. (2013), ya que sus beneficios incluyen también:

Menos infecciones de oído: 23% menos infecciones en los bebés alimentados con leche materna y 50% por ciento menos infecciones en los bebés alimentados con leche materna durante al menos 3 meses. Los bebés con labio leporino o paladar hendido son más propensos a las infecciones del oído que los bebés que no los padecen.

Menos enfermedades respiratorias: Los estudios reportan un 27% de disminución en infecciones durante los meses en que los bebés son amamantados y un 72% de disminución en hospitalizaciones por problemas respiratorios en bebés alimentados con leche materna durante más de 4 meses. En promedio, los bebés con paladar hendido tienen más infecciones respiratorias que aquellos que no presentan esa condición.

El amamantar es bueno para estos bebés porque les refuerza los músculos de la cara y la boca; esto ayuda a una formación más normal de la cara y ayuda el desarrollo del habla.

El pecho es más flexible que un biberón y se adapta mejor a la forma del labio y la boca.

En el mismo orden de ideas, lo más importante al momento de garantizar el amamantamiento del niño con labio y/o paladar hendido es una posición cómoda tanto para la madre como el bebe; entre las posiciones para amamantar se encuentran:

□ Posición de rugby modificada (posición de rugby con el bebé más incorporado) y, cuando el bebé ha crecido, puedes adoptar la posición del “caballito” (sobre todo si el bebé tiende a atragantarse o le sale leche por la nariz). El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.

□ Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

□ Posición semisentada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).

□ Posición acostada: Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé.

También existen algunas medidas que puede tomar la madre para ayudar al bebé, entre ellas pueden mencionarse:

□ Si el bebé prefiere un pecho, prueba a cambiarle al otro pecho sin girarlo. Por ejemplo, si lo amamantas en la posición estirado en el pecho izquierdo, lo puedes amamantar del pecho derecho en la posición de rugby (para esto puede ser que necesites la ayuda de almohadas).

□ Amamanta a menudo, de 8 a 12 veces en 24 horas. Es posible tengas que despertar a tu bebé para amamantarlo. Buscar las señales tempranas de hambre, como movimientos de la boca o llevarse la mano a la boca.

□ Estos bebés suelen tener problemas de succión por lo que les ayuda que estimules la bajada de la leche. Esto se consigue mediante el masaje de tus pechos antes de la toma. También puedes extraer tu leche de forma manual o mediante el uso de un sacaleches y así tu bebé obtendrá la leche nada más comenzar la toma. Esto le animará a succionar y también a obtener tu leche de forma más inmediata. Una vez el bebé empieza a succionar es importante que observes el movimiento de su mandíbula, oreja y su sien (signos de un buen agarre).

□ A veces estos bebés necesitan que la madre apoye su barbilla mientras amamantan. Para ello es necesario ahuecar la mano debajo del pecho de la madre, luego deslizarla hacia adelante para que tres dedos sostengan su mama. La madre debe hacer una forma de U con su pulgar y su dedo índice y sostener la mandíbula de su bebé con esa U. Esto se llama posición de la Mano de Bailarina.

□ Los bebés con paladar hendido deben alimentarse con leche extraída (bombeada) después de cada sesión de amamantamiento. Esto se debe a que a los bebés con paladar hendido se les dificulta producir la succión suficiente durante el amamantamiento; es como intentar beber con un popote (pajita) con un orificio. Los bebés con paladar hendido también pueden tener patrones de succión (maneras en que mueven la boca y la mandíbula durante la alimentación) ineficientes. Se pueden probar los siguientes consejos con el bebé con paladar hendido:

□ Probar posiciones cómodas para la madre, que a la vez le permita al bebé mantenerse en posición vertical o semi-vertical durante la alimentación. Por ejemplo, sienta al bebé a horcajadas sobre la pierna del mismo lado del seno del que se está alimentando. También se puede probar la posición de balón de fútbol americano modificada.

□ Sostener la barbilla y la quijada de su bebé con la mano. El apoyo adicional puede estabilizar la quijada y hacer que la succión sea más eficiente.

□ Amamantar de 5 a 10 minutos, luego complementa con leche materna extraída. Existen biberones y tetinas (pezoneras) diseñados especialmente para bebés

con paladares hendidos. Un especialista en nutrición o una enfermera especializada en atender bebés con paladar hendido debe evaluar al bebé para determinar qué método de alimentación con biberón y tetina funciona mejor para el caso (Intermountain H.; Ob, Cit., 2013).

Factores que influyen en el crecimiento de los maxilares

Los factores de crecimiento y desarrollo están condicionados por diversos factores biológicos reguladores (endógenos o internos y exógenos o externos). Los factores endógenos son (Ocaña, N.; 2014): los genéticos o hereditarios, metabólicos y neurohormonales. Los factores exógenos son la alimentación y los factores ambientales.

Factores genéticos intrínsecos (FGI). Son factores heredados, es decir, la carga genética de los tejidos del cráneo. La herencia genética marca las directrices que condicionan la talla, el peso, la constitución y otros aspectos físicos como el color de pelo, ojos, etc. También puede marcar, entre otras cosas, la predisposición a enfermedades.

Factores Epigenéticos Locales (FEL). Son factores determinados genéticamente pero que ejercen su acción sobre el crecimiento de una estructura de un modo indirecto ya que se originan en estructuras adyacentes. El control genético primario determina ciertos rasgos iniciales. Secundariamente hay un mecanismo de comunicación interna, es decir, los músculos envían información al hueso y el hueso responde a los músculos. Por lo tanto, los músculos son los auténticos factores epigenéticos.

Factores Epigenéticos Generales (FEG). Son factores determinados genéticamente pero que tienen una acción indirecta y más general sobre el crecimiento. Se originan en estructuras distantes del lugar en el que ejercen su acción y son en su mayor parte de carácter hormonal. Los productos genéticos BMP (proteína morfogenética de hueso), Ihh (Indian hedgehog), FGF (factor de crecimiento de fibroblastos), Sox-9 VEGF (factor de crecimiento vascular endotelial) son de gran importancia en el crecimiento mandibular.

Factores Ambientales Locales (FAL). Existen influencias locales, no genéticas, que se originan en el ambiente externo vecino (fuerzas musculares, funciones de respiración, de deglución). Los cambios en el crecimiento pueden ser debidos a un hábito de respiración oral, dándonos como resultado un crecimiento vertical y una mandíbula pobre, debido a la apertura de la boca al efectuar la respiración. Atribuye estas alteraciones a cambios de presión intranasal, con una estrecha relación entre la obstrucción nasal y las deformidades del paladar y las arcadas, debido a la disminución transversal del maxilar superior.

Factores Ambientales Generales (FAG). Existen influencias generales no genéticas, que se originan en el ambiente externo tales como: alimentación, educación, hábitos bucales.

a) Alimentación: Por la alimentación proporcionamos al organismo los alimentos necesarios para una correcta nutrición, es decir, para que se realicen una serie de procesos fisiológicos que utilizan y transforman las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Los efectos de una mala nutrición prolongada son tan nefastos que impiden la evolución marcada genéticamente y el normal desarrollo del niño. Esta mala nutrición puede darse por efecto o por exceso.

Por otra parte, el crecimiento y desarrollo del cerebro es muy importante la dieta de alimentación de la madre antes de la concepción, durante el embarazo y el período de lactancia. Por supuesto, el consumo de drogas, alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas tendrá consecuencias muy negativas. Algunos efectos de la mala nutrición en estos períodos tienen como consecuencia el peso y tamaño del cerebro inferiores a los normales además de obtener menos ADN, la concentración de proteína en las neuronas es menor y la mielinización se retrasa, las ramificaciones de dendritas es más baja, se realizan menos conexiones neuronales y los bebés responden a la estimulación sensorial de forma inferior a la normal.

La mandíbula es el único hueso móvil de la cabeza, por lo tanto, va a comandar el desarrollo de la cara en sentido transversal y antero-posterior. Cuando el bebé nace, la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación con el maxilar superior llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido. Varios autores han coincidido en que el promedio normal de esta medida es de 2 a 5 mm, dando origen a un perfil convexo absolutamente normal. Durante el primer año de vida, los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular, que durante el intervalo del amamantamiento provocan fatiga y sueño al niño, controlando el tiempo preciso de alimentación y coadyuvando al logro de una digestión perfecta.

La falta de amamantamiento de los niños/as con labio o paladar hendido puede producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con el empleo del tetero o biberón desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, debido a que (Ocaña, N., 2014, p.20):

- La boca del lactante se abre en exceso.
- El esfuerzo muscular, además de inadecuado es insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos, lo que trae como consecuencia la necesidad del establecimiento de una succión no nutritiva, bien sea de objetos, un chupón o el

dedo, esta actividad repetitiva puede pasar a la instauración de hábitos viciosos de succión y deglución.

- La chupa del biberón por ser más gruesa y larga que el pezón desplaza a la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro.

- La mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente, a diferencia de lo que ocurre durante el amamantamiento, que si logra realizar los movimientos adecuada y eficazmente para alcanzar su desarrollo fisiológico.

- El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiples factores tales como: corto período de amamantamiento, caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución y masticación, traumas y factores hereditarios.



Figura N°2: Posición correcta de agarre durante el amamantamiento.

Fuente: Ocaña, N. (2014).

El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiples factores tales como: corto período de amamantamiento, caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal.

b) Educación y ambiente: Como pueden ser la higiene y los cuidados sanitarios básicos seguidos por los adultos responsables del niño, que además deben satisfacer sus necesidades de sueño y reposo, actividad, alimentación, etc. También

deben encargarse de que se realice un seguimiento preventivo por parte del médico, que se aplique el calendario de vacunaciones y cuantos cuidados sean necesarios para garantizar la salud física y emocional del pequeño. La exposición continuada a contaminación bacteriana o vírica puede ocasionar una patología crónica que afecte al desarrollo somático normal, de igual modo pueden incidir los procesos agudos de alergias que pueden provocar asma u otras alteraciones.

c) **Hábitos bucales:** Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.



Figura N°3: Diferentes tipos de hábitos bucales.

Fuente: Ocaña, N. (2014)

Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se

inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse.

Factores que influyen en el desarrollo de los maxilares.

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos que le confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud. Hay varios grupos de factores que inciden en el desarrollo de los maxilares, varios estudios realizados manifiestan la importancia de la detección temprana de este tipo de constituyentes de la patogenia dentobucal en niños (Ocaña, N.; 2014):

- a) **Laterognati:** es una asimetría con desviación mandibular y puede ser secundaria a malformaciones craneofaciales, traumatismos, tumores, etc.
- b) **Hipoplasia maxilar:** es el caso de un maxilar superior poco desarrollado en sentido anteroposterior (retrusión maxilar) o en sentido vertical. La causa más frecuente suele ser la fisura labio-palatina, cuya secuela es un defecto del crecimiento óseo maxilar.
- c) **Hipertrofia maxilar:** es un desarrollo exagerado de maxilar superior. En sentido vertical ocasiona la sonrisa gingival. El Síndrome de Pierre Robin es, afortunadamente muy infrecuente, y se caracteriza por una micrognatia y retrognatia congénita severa, de carácter esporádico (no hereditaria) que se asocia a fisura del paladar y a una lengua grande (macroglia). Se asocia a problemas respiratorios por obstrucción de la vía aérea superior.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Para Arias, F. (ob. Cit., 2012), la definición de términos básicos, consiste en dar el significado preciso a algunos conceptos principales, expresiones o variables

involucradas en el problema y en los objetivos formulados (p.108). de acuerdo a este aporte, se seleccionó una serie de términos dentro del contexto de la investigación, los cuales se definen a continuación, ordenados alfabéticamente:

Deglución: es el paso del alimento desde labocaa lafaringey luego hasta elesófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, toman forma de una bola de consistencia pastosa, el bolo alimenticio.

Erupción Dentaria: es un proceso fisiológico, por el cual el diente se desplaza desde su posición inicial en los maxilares hasta su posición en la boca.

Lactancia materna: es la alimentación con leche de madre. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". La OMS y el UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido.

Labio Leporino:es una deformación en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (corte del labio) hasta severo (gran abertura desde el labio hasta la nariz).

Maloclusión: se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Maxilares: Cada uno de los huesos de la cara donde se encuentran fijadas las piezas dentarias. Denominado también maxila o maxilar superior, es un hueso de lacara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos. Es el hueso más importante delviscerocráneo. En su interior se encuentra una cavidad, recubierta de mucosa y rellena de aire, denominada seno maxilar.

Morbilidad: es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una

enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Multifactorial: Cuando existe una combinación de genes y factores ambientales causa una condición (muchos actores contribuyen a la causa).

Paladar hendido: se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando)

Salud Bucodental: es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, cariesdental, dolor orofacial crónico, entre otros.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Es el conjunto de acciones destinadas a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos que incluye las técnicas de observación y recolección de datos, determinando el “cómo” se realizará el estudio, esta tarea consiste en hacer operativa los conceptos y elementos del problema que estudiamos, al respecto Sabino (ob. Cit., 2007) dice “en cuanto a los elementos que es necesario operacionalizar pueden dividirse en dos grandes campos que requieren un tratamiento diferenciado por su propia naturaleza: el universo y las variables”.

3.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo documental o bibliográfica, la cual se entiende como “el tratamiento del problema con el propósito de ampliar y profundizar la naturaleza del hecho que estudiamos basados en trabajos previos e informaciones ya divulgadas por cualquier medio” (Manual de Trabajo de Grado de la UPEL, 2009); a su vez Ruiz, J. (2012) la define como:

Una variación de la investigación científica, cuyo objetivo es analizar los diferentes fenómenos que se presentan en la realidad utilizando como recurso principal los diferentes tipos de documentos que produce la sociedad y a los cuales tiene acceso el investigador.

Por lo anteriormente mencionado es que el presente estudio se basa en determinar la influencia del en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en edades comprendidas entre 0 meses a 6 meses atendidos en AVAIPACF, en la CHET entre el período 2016 – 2017.

De igual forma es descriptiva, también conocida como la investigación estadística, la cual:

Describe los datos y este debe tener un impacto en las vidas de la gente que le rodea, el objetivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Por otra parte, la investigación está desarrollada bajo la modalidad de investigación de campo. Este tipo de investigación, según Sierra (2004), “se caracteriza porque los problemas que se estudian surgen de la realidad, y la información requerida debe obtenerse directamente de ella” (p.59).

De manera que, esta investigación está enmarcada de campo, ya que la recolección de los datos se realizaron directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular ni controlar variable alguna, es decir, que no se alteraron las condiciones existentes.

3.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta un diseño documental; Ramírez, T.; Bravo, L. y Méndez, P. (2010), la define como:

Una variable de la investigación científica, cuyo objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos (de orden histórico, psicológico, etc.) de la realidad a través de la indagación exhaustiva, sistemática y rigurosa, utilizando técnica muy precisas; de la documentación existente que directa o indirectamente, aporte la información pertinente al fenómeno que estudiaremos

Es así como a su vez, se puede mencionar que tiene un diseño no experimental, la cual Hernández, S. (2006), refiere que:

Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar intencionadamente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo.

De igual forma se puede señalar que es transversal, refiriendo que son investigaciones que recopilan datos de un solo momento y en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos), (Hernández, S., Ob. Cit., 2006).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población o universo es el conjunto de mediciones que son de interés a un investigador, las cuales se efectúan sobre una característica común de un grupo de seres o conjunto de objetos; de igual forma puede definirse según Tamayo y Tamayo (2007) como “la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”. En este estudio la población utilizada es finita debido a que se enfoca en las cincuenta (50) historias clínicas de niños/as con labio y/o paladar hendido que se atienden en AVAPAICF.

3.3.2 Muestra

La muestra es la que puede determinar la problemática, ya que le es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según Tamayo y Tamayo (ob. Cit., 2007) afirma que la muestra “es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar fenómenos estadísticos”.

Para Carrasco, S. (2007), “la muestra es un conjunto representativo del todo que se llama universo o población”. En este estudio, la población es de 50 historias clínicas; de allí, para determinar la muestra, se selecciona la técnica de muestreo mixto.

Según Tamayo y Tamayo (Ob. Cit., 2007), en este tipo de técnica “se combinan diversos tipos de muestreo, ya sean probabilísticos o no”, para ello es necesario elegir cuáles de las unidades de estudio serán utilizadas para realizar el análisis, este procedimiento se conoce comúnmente como muestreo; en este orden de ideas, para proceder a calcular el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, ya que “todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser elegidos para ser parte de la muestra”, en tal sentido se utilizó la siguiente fórmula:

$$Z^2 * p * q * N$$

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n: Representa el tamaño de muestra

Z: Representa el nivel de confianza (tabla de distribución normal) **e**: Constituye el error de muestreo. Normalmente este valor oscila entre $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$. En este caso se utilizó un valor de 10%.

p: Es la probabilidad a favor **q**:

es la probabilidad en contra

N: Es el tamaño total de la población. Sustituyendo los valores se tiene lo

siguiente: **n**= ? **N** = 60 **p** = 50% = 0,50 **q** = 50% = 0,50 **e** = 10% = 0,10 **Z** =

$$1,65 \quad n = \frac{(1,65)^2 * 0,50 * 0,50 * 50}{(0,10)^2 * (50 - 1) + (1,65)^2 * 0,50 * 0,50} \quad n = \frac{34,03}{0,49 + 0,680625}$$

$$n = \underline{\underline{34,03}}$$

De allí, se obtuvo como resultado de la muestra un total de veintinueve (29) Historias Clínicas como muestra.

3.4.TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Para este tipo de investigación se decidió utilizar la revisión bibliográfica como técnica, que según Martins, F. y Palella, S. (2012):

Se fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda del material documental de cualquier clase. Se procura el análisis de los fenómenos o el establecimiento de la relación entre dos o más variables. Cuando opta por este tipo de estudio, el investigador utiliza documentos, los recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizarán diferentes instrumentos para la recolección de datos, tales como: revistas, periódicos, trabajos monográficos, tesis, los cuales proporcionarán aportes significativos para el desarrollo del estudio.

3.4.1 Técnicas e instrumentos

Una Técnica es un “Procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos, que tienen como objetivo obtener un resultado determinado”. Las técnicas de recolección de datos, son definidas por Tamayo y Tamayo (ob. Cit., 2007), como “la expresión operativa del diseño de investigación y que específica concretamente como se hizo la investigación”. Así mismo Bizquera, R. (1990), define las técnicas como “aquellos medios técnicos que se utiliza para registrar observaciones y facilitar el tratamiento de las mismas”. En tal sentido para lo que en la presente investigación se usará la historia clínica y una encuesta, la cual es:

Una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que además de adquirirse

información acerca de lo que se investiga, tiene importancia desde el punto de vista educativo, según el fin que se persigue con la entrevista, esta puede estar o no estructurada mediante un cuestionario previamente elaborado.

El instrumento utilizado para recoger los datos durante la técnica de observación en la revisión de las historias clínicas y registros anecdóticos de cada niño/a con labio y/o paladar hendido, plasmando estos datos en una guía de observación, donde se lista una serie de aspectos relacionados con los objetivos planteados, necesarios para ahondar en la investigación (Becerra, O., 2012).

3.4.2 Validación

Bizquera (1998), expresa que un instrumento es válido cuando mide realmente lo que pretende medir. La validación del instrumento será llevado a un juicio de expertos donde se adjuntara el instrumento de recolección de datos, que apoya el alcance de los objetivos de la investigación planteada; allí los expertos evaluarán la claridad, pertinencia y coherencia del instrumento.

3.4.3 Confiabilidad del instrumento

En lo que se refiere a la confiabilidad el autor antes citado afirma que se refiere al grado de consistencia del instrumento de medida, lo cual puede expresarse mediante un coeficiente de correlación. De tal manera en el siguiente estudio se determinó mediante el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, la ecuación aplicada fue la siguiente:

$$r_{kk} = 1 - \frac{S_{Total}^2 - S_i^2}{S_{Total}^2}$$

$$= 0,99k$$

3.5.TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se utiliza para describir las técnicas estadísticas o de otro tipo utilizadas para el procesamiento de los datos y la información recopiladas para la investigación; las técnicas de análisis utilizadas en la investigación posterior a la aplicación de la encuesta, así como la guía de observación se realizará a través de los datos obtenidos de las Historias Clínicas, los cuales se organizarán, sistematizarán y tabularán en cuadros de frecuencia para consecuentemente presentarlos a través de tablas y gráficos reflejando toda la información recopilada para dar sentido a la investigación, con base en la fundamentación teórica.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para el procedimiento del análisis y discusión de los resultados Sierra, C. (2004) expresa que:

Una vez recolectada la información a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, el investigador en posesión de un cúmulo de información, deberá organizarla, tabularla, codificarla con la finalidad de describir o explicar las posibles tendencias que se pueden reflejar para dar con los objetivos de la investigación (p.84).

En este sentido, el proceso y análisis de los resultados para esta investigación, se origina incluyendo los siguientes pasos: observación directa, indagación sobre las características del tema, revisión de las historias clínicas, aplicación de la guía de observación mencionando sólo los aspectos relevantes para el estudio de las veinte nueve (29) historias clínicas que representan la muestra seleccionada, tomadas al azar. La tabulación de los datos señalados, se hizo de forma manual, la codificación fue sistematizada con la información recopilada con datos reales (guía de observación) y señalada en un cuadro de frecuencia para cada aspecto considerado en la descripción del tema, de allí se procede al cálculo del porcentaje en cada opción para dar con los objetivos específicos planteados.

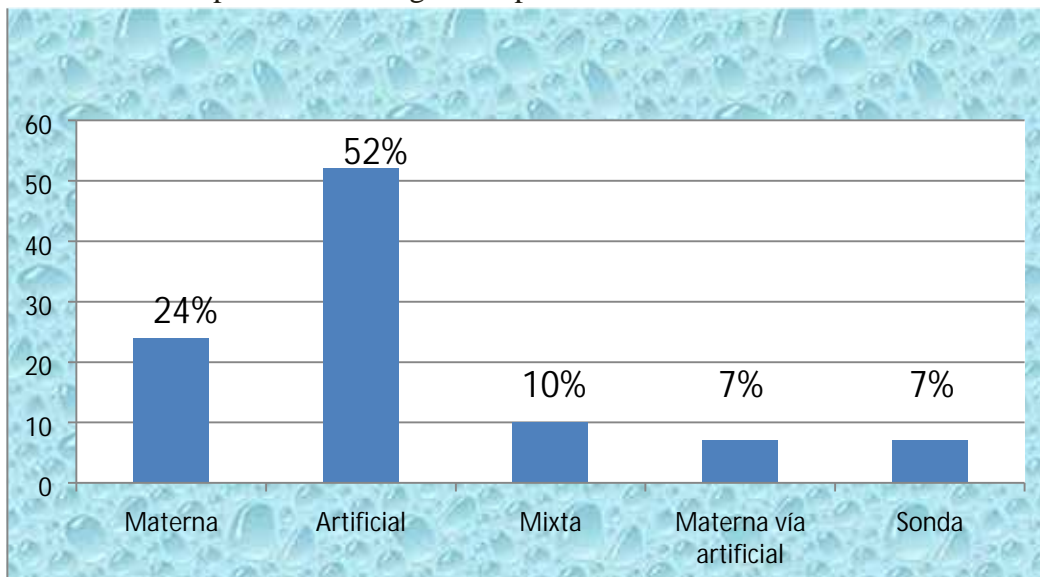
Y para finalizar el procedimiento del análisis de los resultados, fue empleando una estadística descriptiva; donde los datos se visualizan en una representación gráfica en barras y se analiza en una forma breve por parte de las investigadoras, con bases teóricas señaladas durante la investigación.

Tabla N°1. Identificando el tipo de alimentación registrada en las Historias Clínicas.

Cuadro N°2 TIPO DE ALIMENTACIÓN FRECUENCIA PORCENTAJE

Materna (amamantamiento)	07	24%
Artificial	15	52%
Mixta: Materna y Artificial	03	10%
Materna vía Artificial	02	7%
Sonda	02	7%
TOTAL	29	100%

Gráfico N°1. Representación según el tipo de alimentación.



Fuente: Fuentes, M. y Peña, K. (2017).

Análisis del Gráfico N°1: Para la representación gráfica de la tabla N°1, se revisaron las historias clínicas verificando según la guía de observación los tipos de alimentación que se suministra a los niños/as con labio y/o paladar hendido, dando como resultado que el amamantamiento natural o lactancia materna, lo representa el 24% de la muestra, mientras que hubo una tendencia de 52% para los pacientes alimentados a través de la lactancia artificial, por medio de biberones o teteros, 10% de forma mixta, 7% materna vía artificial y 7% por sonda..

Tales resultados podrían contradecir el aporte de Hernández y Quiñonez (2013), quienes opinan que la alimentación natural o del seno, es un elemento importante para el crecimiento facial armónico del niño, debido a la cantidad de músculos que se

ponen en acción. Asimismo, el autor señala que, el amamantamiento es el que va a estimular los nervios los cuales producen unos movimientos antero-posteriores de los rodetes del maxilar y la mandíbula y va a los centros propioceptivos de labios, lenguas, mejillas, músculos, articulación temporo-mandibular, importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático.

También activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento antero-posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pteriogoideos, y diferenciación de la articulación temporo mandibulares.

Estos señalamientos, en comparación con los hallazgos aquí graficados son muestra de una posible complicación para alimentar a los bebés con labio y/o paladar hendido, ya que a estos niños/as se les dificulta producir la succión suficiente durante el amamantamiento, por tal motivo las madres acuden a la opción de la lactancia artificial. El primer año de vida es un período de crecimiento rápido, en los cuales deben ser aprovechados todos los estímulos necesarios para el desarrollo óptimo, integral y potencial del bebé.

En este análisis, es importante señalar también, los beneficios que el amamantamiento incluye, según Intermountain H. (2013): Existe menos riesgos de infecciones de oído; menos enfermedades respiratorias; refuerza los músculos de la cara y la boca; ayudando a la formación más normal de la cara y al desarrollo del habla. El pecho es más flexible que un biberón y se adapta mejor a la forma del labio y la boca.

De acuerdo a los resultados, se evidencia que la tendencia se inclinó en un mayor porcentaje hacia la alimentación artificial, lo que hace de relevancia el tema aquí planteado en cuanto a la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares de los pacientes con labio y/o paladar hendido objetos de estudio, puesto que a través de estos resultado se verifica la necesidad de nuevos estudios que ahonden sobre el tema y cooperen con las madres para asumir el amamantamiento como una técnica de refuerzo muscular para el desarrollo de los maxilares.

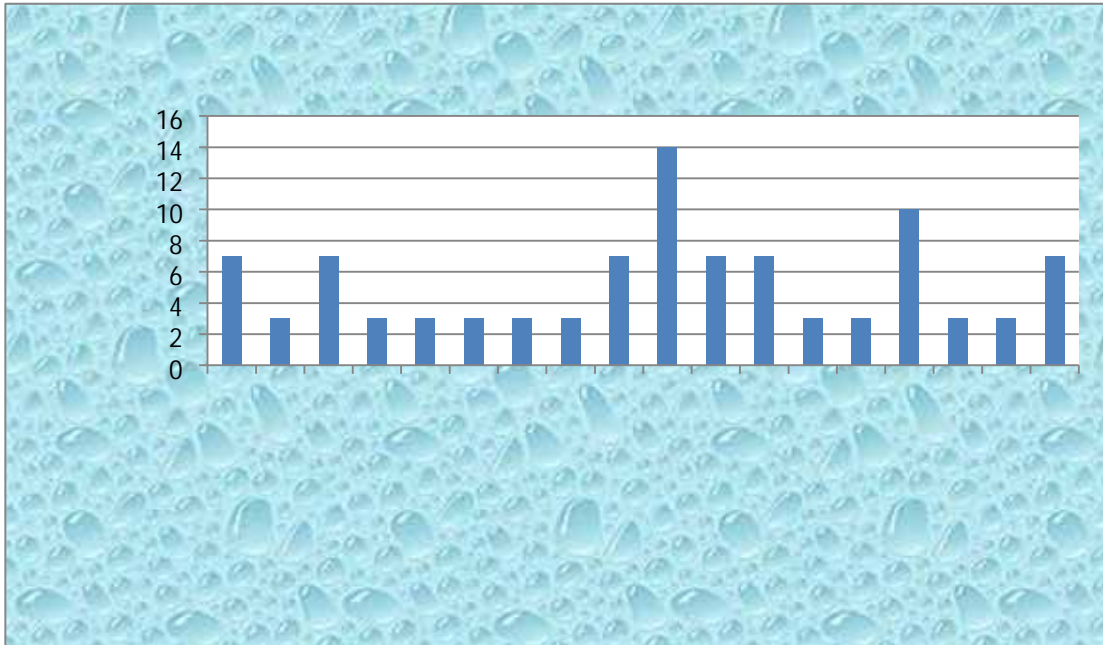
Tabla N°2. Especificación de las anomalías registradas en las Historias Clínicas.

Cuadro N°3

TIPOS DE ANOMALÍAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hendidura bilateral labio y premaxila 02 7%	02	7%
Hendidura bilateral labial premaxila y paladar 01 3%	01	3%
Hendidura bilateral labial y palatina 02 7%	02	7%
Hendidura unilateral derecha 01 3%	01	3%
Hendidura unilateral derecha, labio premaxila, no tiene paladar 01 3%	01	3%
Hendidura unilateral derecha completa 01 3%	01	3%
Hendidura unilateral derecha completa amplia 01 3%	01	3%
Hendidura media y pérdida del tabique nasal 01 3%	01	3%
Hendidura palatina	02	7%
Hendidura palatina blando y duro	04	14%
Hendidura labial	02	7%
Hendidura labial palatina	02	7%
Hendidura labial palatina izquierda 01 3%	01	3%
Hendidura labial palatina izquierda completa 01 3%	01	3%
Hendidura labial palatina unilateral	03	10%
Hendidura labial paladar bilateral	01	3%
Hendidura amplia compromete labio y paladar	01	3%
Hendidura amplia compromete paladar duro y blando	02	7%
TOTAL	29	100%

Gráfico N°2. Representación según el tipo de malformación.



Fuente:Fuentes, M. y Peña, K. (2017).

Análisis del Gráfico N°2: Una vez representada gráficamente la tabla N°2, se determina los tipos de malformación o anomalías registradas en las historias clínicas, observando el siguiente resultado: 14% de los pacientes presentan Hendidura palatina blanda y duro; seguidamente en forma descendiente de porcentaje, el 10% presenta Hendidura labial palatina unilateral; un 7%: Hendidura bilateral labio y premaxila; 7% Hendidura bilateral labial y palatina; 7% Hendidura palatina; 7% Hendidura labial; 7% Hendidura labial palatina; 7% Hendidura amplia compromete paladar duro y blando. Otras malformaciones cada una se presenta en un 3%. Estos hallazgos señalan que en los registros de AVAIPACE durante el período 2016-2017, se encuentran malformaciones o anomalías poco comunes, por estar asociadas a otras condiciones. Tomando en cuenta el aporte de Camacho, F. (2012), donde se señala que las hendiduras pueden ser de paladar blando, paladar blando y duro, unilateral o bilateral y cada una de ellas lleva implícito niveles de complicaciones según el caso, generando alteraciones en las cinco funciones vitales del hombre: fonación, masticación, deglución, respiración y estética.

En este sentido, estos datos señalan muchos casos con diversas características que involucran importante atención en comparación a los más destacados o comunes. Las terminologías y clasificaciones de los tipos de hendiduras, según Camacho, F (2012) sostiene, que estas van de acuerdo a la variadísima morfología a que pueden dar lugar

las fisuras labio-alveolopalatinas por implicar la deformidad de cuatro estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración se complique con otra condición resultando además alteraciones dentarias.

En cuanto a los casos aquí estudiados con Hendiduras medias. Existe una población que presenta hendidura media y a la vez pérdida del tabique nasal. Estos hallazgos, hacen destacar el aporte de UCM (2014), donde se expone que existen más de 171 síndromes asociados a estas anomalías. En particular existe un grupo que presenta la hendidura que asciende hasta la nariz, esta se le denomina banda de SIMONART.

La hendidura palatina, es la más común de las anomalías aquí descritas, según BNM (2016), se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). Para Intermountain H., (2013) todos estos tipo de anomalías complican al bebé el trabajo de succionar del pezón, mientras que si esta característica está asociada al paladar hendido puede provocar que la leche materna o de fórmula ingrese accidentalmente en la cavidad nasal.

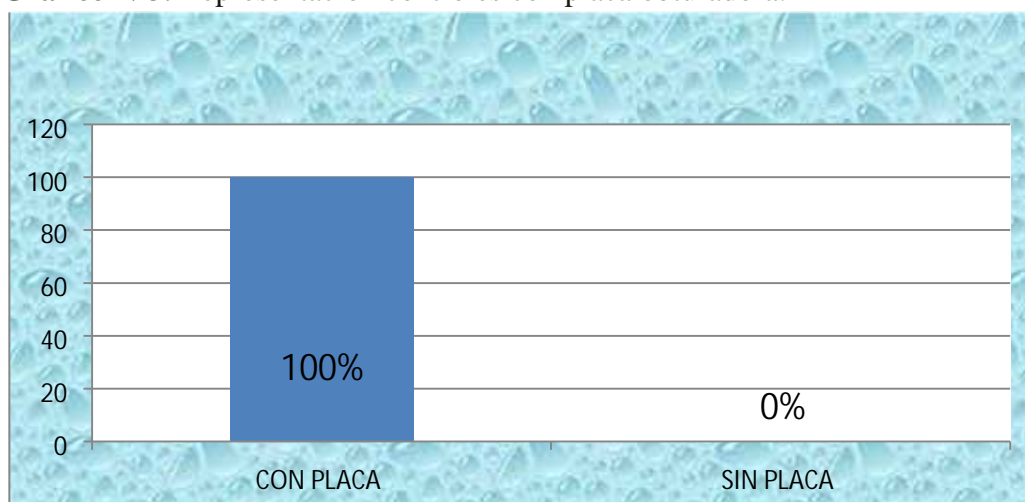
Por otra parte, el postulado de Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R., (2010), permite conocer que usualmente las hendiduras amplias se producen por fallas en la elevación, mientras que las estrechas se deben a procesos palatinos que fallaron al momento del contacto y fusión, o fallaron a pesar de haber logrado contacto. Aportes que resumen los hallazgos en esta gráfica añaden variedad a los conocimientos sobre los tipos de hendiduras que un odontólogo pueda encontrarse en el ejercicio de su carrera, ya que el paciente además de manifestar estas anomalías posiblemente muestre alteraciones dentarias.

Tabla N°3. Registro de controles con placa obturadora.

Cuadro N°4 USO PLACA OBTURADORA FRECUENCIA PORCENTAJE

Con placa obturadora	29	100%
Sin placa obturadora	0	0%
TOTAL	29	100%

Gráfico N°3. Representación controles con placa obturadora.



Fuente: Fuentes, M. y Peña, K. (2017).

Análisis del Gráfico N°3: Para la representación gráfica de la tabla N°3, la tendencia de pacientes que son controlados con placa obturadora es de un 100%, de la muestra estudiada. Este dispositivo hecho con acrílico se coloca en la boca del niño/a con paladar hendido al inicio del chequeo, una de las razones del uso de esta placa obturadora palatina, es facilitar la alimentación del niño evitando que el alimento (con pecho o biberón) pase por la fisura y llegue a las estructuras que conforman el oído y la nariz. Otras de las funciones de la placa obturadora son: Mejorar la posición de la lengua evitando que esta se introduzca en la fisura con lo cual aumentara su tamaño. Favorecen además la cicatrización. También separa la cavidad nasal de la bucal, permitiendo una correcta función respiratoria. Estimula al paladar para que asegure el cierre posterior evitando así regurgitaciones, aspiraciones de alimentos, rinitis crónica o neumonías aspirativas. Estimula el hueso y evitar deformaciones del mismo. Es así que, Díaz, C. y Díaz, G. (2013), exponen que la fisura labio-palatina es una de las malformaciones congénitas, con una incidencia variable según las razas, afectando la vida cotidiana de la familia aunado esto al temor y angustia que siente la madre al momento del amamantamiento que el bebé se ahogue (broco aspire) al succionar la

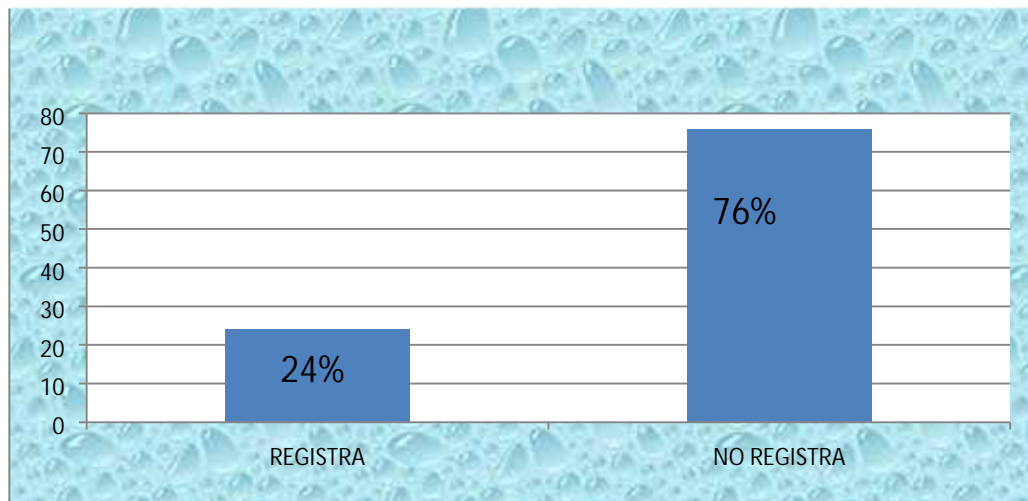
leche sin la utilización de la placa de alimentación, es por ello que es necesario colocar las placas ortopédicas de alimentación y funcional para guiar el cierre de la hendidura palatina a través de los estímulos propioceptivos que va originado el acto de la succión al golpear la placa contra el paladar estimulando los músculos orbiculares y maceteros.

Tabla N°4. Avances registrados en el desarrollo de los maxilares, para el uso de: Lactancia Materna (amamantamiento) + placa obturadora.

Cuadro N°5 AVANCES EN EL DESARROLLO FRECUENCIA PORCENTAJE

Se registran avances	07	24%
No se registran avances	22	76%
TOTAL	29	100%

Gráfico N°4. Representación gráfica de los avances registrados en el desarrollo de los maxilares, para el uso de: Lactancia Materna (amamantamiento) + placa obturadora.



Fuente: Fuentes, M. y Peña, K. (2017).

Análisis del Gráfico N°4: Para la representación gráfica de la tabla N°4, es importante destacar que este 24% que registra avances, se trata de aquellos que son alimentados a través del amamantamiento, el cual se evidenció en el gráfico N°1. Lo que se traduce en que el 100% de la muestra registrada que usa lactancia materna +

placa palatina manifiestan avances en el desarrollo de los maxilares o cambios efectivos durante los chequeos, seguimientos y observaciones descritas en las historias clínicas. Estos hallazgos aportan una descripción precisa y relevante para el evento en estudio, puesto que la tendencia es muy alta. Se puede especificar el trabajo de Hernández y Quiñonez, (2013), señalando que solo el amamantamiento es el que va a estimular los nervios los cuales producen unos movimientos antero posteriores de los rodets del maxilar y la mandíbula y va a los centros propioceptivos de labios, lenguas, mejillas, músculos, articulación temporo mandibular tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático, además el acto de amamantamiento es el único que activa y crea fisiológicamente los circuitos nerviosos que proporcionan las respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo como son: crecimiento antero-posterior y transversal de la mandíbula, desarrollo de los Pterigoideos, y diferenciación de la articulación temporo mandibulares.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Por tratarse de una investigación bibliográfica o documental, que tiene por fin determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en edades comprendidas entre 0 meses a 6 meses atendidos en AVAIPACF entre 2016-2017. Se siguieron pasos de revisión bibliográfica para describir teóricamente y con datos reales los objetivos planteados. Se puede decir que el tema sustancial contiene dos variables que no pueden ser alteradas: el amamantamiento y el desarrollo de los maxilares. Para conocer al respecto se realizaron bases conceptuales para respaldar de forma descriptiva la finalidad de la investigación.

En cuanto al objetivo N°1: Identificar el tipo de alimentación suministrada al niño/a con labio y/o paladar hendido paciente de la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al paciente con malformaciones cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo. Se realizó la observación directa, luego de conversaciones con el odontopediatra se hizo el chequeo de las historias clínicas, de allí se elaboró una guía de observación (Ver Anexo), donde se sistematizó la información prevista en los datos reales facilitados. Es así como se genera la tabla N°1 (Identificando el tipo de alimentación registrada en las Historias Clínicas). Los datos allí arrojados y graficados sirvieron de aporte para llegar a las conclusiones:

De las 29 historias clínicas el 52% recibe alimentación por lactancia artificial.; el 24% amamantamiento; 10% recibe una alimentación mixta; 7% maternal por vía artificial y 7% alimentación por sonda. En este sentido, se identifica que sólo el 24% registra ser amantado de forma natural o lactancia materna, que es el hallazgo de interés en la investigación. Sin embargo, es importante resaltar que la falta de amamantamiento de los niños/as con labio o paladar hendido puede producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con el empleo del tetero o biberón

desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, debido a que la boca del lactante se abre en exceso (Ocaña, N., 2014).

Con este tipo de alimentación, el esfuerzo muscular, además de inadecuado e insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos. La chupa del biberón por ser más gruesa y larga que el pezón desplaza la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro. La mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente, a diferencia de lo que ocurre durante el amamantamiento, que si logra realizar los movimientos adecuada y eficazmente para alcanzar su desarrollo fisiológico.

Para dar con el Objetivo N°2: Especificar las anomalías más frecuentes en los registros de historias clínicas en AVAIPACF. Se puede destacar, que en vista de que la odontología va directamente relacionada con la salud integral del niño/a o de cualquier paciente en general, en este sentido, existe una vinculación con otras áreas de la salud por lo cual el profesional odontólogo debe incrementar día a día conocimientos que ayuden a interactuar con otras disciplinas (equipo interdisciplinario). En este particular, los casos y registros aquí estudiados señalaron diversidades de anomalías, las cuales deben ser reconocidas para poder tratar de forma prudente y exitosa en pro del beneficio del desarrollo bio-psico-social en la práctica odontológica. En este sentido, se clasificaron los tipos de anomalías en la tabla N°2, distribuyendo en el cuadro de frecuencia los resultados obtenidos. Arrojando lo siguiente, ordenado en forma descendiente: 14% de los pacientes presentan Hendidura palatina blando y duro; seguidamente en forma descendiente de porcentaje, el 10% presenta Hendidura labial palatina unilateral; un 7%: Hendidura bilateral labio y premaxila; 7% Hendidura bilateral labial y palatina; 7% Hendidura palatina; 7% Hendidura labial; 7% Hendidura labial palatina; 7% Hendidura amplia compromete paladar duro y blando. Otras malformaciones cada una se presenta en un 3%, como es el caso de la presencia de hendidura media + pérdida del tabique nasal.

El tema, ayudó de manera literaria a las investigadoras en cuanto a la comprensión y análisis para asumir un trabajo de integración profesional con un equipo multidisciplinario que atiende a pacientes infantiles con labio y/o paladar hendido; incorporando nuevos conocimientos sobre los tipos de hendidura, el desarrollo de los maxilares y la alimentación de los niños/as con labio y/o paladar hendido, destacando que existen posibles consecuencias que dificultan la alimentación. Siendo estos puntos de relevancia por ser asociados con la morbilidad infantil, el retraso del crecimiento físico, la desnutrición y otros puntos descritos en las referencias citadas, permitiendo ampliar recursos o herramientas de estudio y formación del profesional odontológico.

Para el objetivo N°3: Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido en AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo. Se consideraron los datos registrados en las tablas N°3 y N°4 para conocer el porcentaje o tendencia del Registro de controles con placa obturadora y los avances en el desarrollo de los maxilares, para aquellos que usan Lactancia Materna (amamantamiento) + placa obturadora. Obteniendo que el 100%, de la muestra estudiada usa el dispositivo (placa obturadora palatina) desde el inicio del chequeo, para facilitar la alimentación del niño/a evitando que el alimento pase por la fisura y llegue a las estructuras que conforman el oído y la nariz.

Y además se destaca como resultados que del 24% que son los alimentados por amamantamiento, en su totalidad (gráfico N°1). Lo que quiere decir que el 100% de la muestra registrada con avances efectivos usan lactancia materna + placa palatina manifiestan avances en el desarrollo de los maxilares o cambios efectivos durante los chequeos, seguimientos y observaciones descritas en las historias clínicas. Estos hallazgos aportan una descripción precisa y relevante para el evento en estudio, puesto que la tendencia es muy alta. Así también, los registros anecdóticos señalaron que el 100% usa placa obturadora, el 24% son controlados con placa

obturadora+amamantamiento y de este último resultado = el 100% registra cambios efectivos en el desarrollo maxilar. Por lo tanto, se concluye que existe una posible influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares.

5.2. Recomendaciones

En relación con las conclusiones se recomienda: A la institución AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo:

- Aportar bases teórica apreciable cooperando en el desarrollo de los maxilares en los pacientes con labio y/o paladar hendido, por medio de: carteleras alusivas sobre la importancia del amamantamiento, las formas y posturas del niño/a con labio y/o paladar hendido para alimentarlo.

- Realizar folletos y otros medios informativos sobre el amamantamiento y el desarrollo de los maxilares, para cooperar con la salud y cuidado integral del paciente con labio y/o paladar hendido.

- Concientizar a las madres sobre los tipos de alimentación, las ventajas y desventajas de cada uno. Recalcando la importancia del amamantamiento para el adecuado desarrollo de los maxilares del niño y niña con labio y/o paladar hendido.

- A los estudiantes de la UJAP, se recomienda extender este tipo de estudio descriptivo sobre el amamantamiento y el desarrollo de los maxilares, para obtener más recursos necesarios y útiles a la comunidad de AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo, para educar a la población (pacientes), familiares y entorno donde se desenvuelven los niños/as con labio y/o paladar hendido.

REFERENCIAS

- Academia Americana de Pediatría (2005). *La lactancia materna durante el primer año de vida*. Artículo publicado en la web.
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación*. 6ta. Edición. Introducción a la metodología Científica. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.
- Bartoshesky (2008). *Labio y paladar hendidos*. Ediciones Nemours. Tema publicado en la web. Disponible en: <http://kidshealth.org/es/parents/cleft-lip-palateesp.html> Consultado: [04/05/2017]
- Becerra, O. (2012). *Elaboración de Instrumentos de Investigación*. Archivo en PDF. Material publicado en la web. Disponible en: <https://nticsaplicadasalainvestigacion.wikispaces.com/file/view/guia+para+elaboracion+de+instrumentos.pdf> Consultado: [04/05/2017]
- Benitez, L. (2009). *Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Ortodoncia.ws edición electrónica. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-20/> Consultado: [04/05/2017]
- Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos. *Labio leporino y paladar hendido*. Artículo publicado en la web. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/cleftlipandpalate.html> Consultado: [04/05/2017]
- Bizquera, R. (1990). *Lactancia en situaciones especiales*. Archi en PDF, publicado en la web. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=493-2011-3-3-2-14-lactancia-en-situacionesespeciales&category_slug=isan&Itemid=364 Consultado: [04/06/2017]
- Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica. Salud Bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Bogotá – Caracas – Madrid – México – Porto Alegre.
- Camacho, F. (2012). *Protocolo de servicio integral para pacientes labio y paladar hendido*. Universidad del Zulia. Facultad de odontología. Postgrado de odontopediatria. Venezuela. Archivo en PDF.
- Carrasco, S. (2007), *Metodología de la Investigación Científica*. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Aplicación en educación y otras ciencias sociales.
- Carrillo, C. (2008). *Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos*. Tesis de grado Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología. Lima - Perú. Archivo en PDF.
- Díaz, C. y Díaz, G. (2013). *Defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino*. Medicina de Familia-SEMERGEN. Tema publicado en la web. Disponible en: <https://medes.com/publication/82571> Consultado: [04/05/2017]
- González, F., y otros (2014). *Lactancia materna en niños con fisura labio alveolo palatina (FLAP)*. Facultad de odontología de la Universidad de

- Cartagena, Colombia. Trabajo publicado en la web. Archivo en PDF. Disponible en:
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3339/1/INFORME%20FINAL%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20NI%C3%91OS%20CON%20FLAP.pdf> Consultado: [10/05/2017]
- Guerra, M. (1999). *Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares*. Venezuela Odontológica. 1991(58): 23-29. Archivo en PDF.
- Habbaby, N. (2000). *Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina*. Ediciones Panamericana.
- Hernández, S. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta. Edición. Mc Graw Hill. México - Bogotá – Buenos Aires.
- Hernández y Quiñonez (2013). *Lactancia materna exclusiva*. Archivo en PDF.
- IntermountainHealthcare (2013). *La lactancia materna: los beneficios para su bebé*. Folleto en PDF. Publicado en la web. Disponible en: <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=521365517> Consultado: [04/06/2017]
- Martins, F. y Palella, S. (2012). *Metodología de la Investigación*. FEDUPEL. Universidad Pedagógica Experimental Libertado. Caracas, Venezuela.
- Mendoza, A. (2008). *Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental*. Bolivia. Archivo en PDF.
- Merino, E. (2003). *Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales*. Venezuela. Archivo en PDF.
- Ocaña, N. (2014). *Factores que influyen en el desarrollo de maxilares en niñas y niños de la unidad educativa Dr. Luis cordero crespo de la comunidad de Guacona San Vicente de la parroquia de Cicalpa, Cantón Colta, provincia de Chimborazo en el período junio - diciembre 2013*. Tesina de Grado previa ala obtención del Título de Odontóloga. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. Archivo en PDF.
- OMS - Unicef (2002). *La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido*. Artículo publicado en la web.
- Ortega, G. (1998). *Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental*. Cuba. Archivo en PDF.
- Ramírez, T. Bravo, L., y Méndez, P. (2010). *La Investigación documental y bibliográfica*. Editorial PANAPO. Caracas, Venezuela.
- Rondón, R. (2012). *Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco Máxilo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana*. Salud Bucal Materno Infantil. Universidad Central de Venezuela. Publicado en la web. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-19/> Consultado: [04/06/2017]
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Editorial DEUSTO. 5ta. Edición.

- Sabino, C. (2007). *El proceso de Investigación*. Nueva edición actualizada. Editorial PANAPO. Caracas, Venezuela.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) (2015). *Labio Leporino y paladar hendido*. Tema publicado en línea. Disponible en: <https://secpre.org/pacientes/cirugia-craneofacial/labio-y-paladar-hendido> Consultado: [04/06/2017]
- Sierra, C. (2004). *Estrategias para la Elaboración de un proyecto de investigación*. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Tamayo y Tamayo, M. (2007). *Proceso de la Investigación Científica*. 4ta Edición. México. Limusa.
- UCM (2014). Anomalías faciales congénitas. Guía publicada en la web. Archivo en PDF. Disponible en. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-08%20Anomalias%20congenitas.pdf> Consultado: [04/06/2017]
- Universidad Pedagógica Experimental Libertados UPEL (2009). *Manual de Trabajos de Grado y Tesis Doctorales*. Fondo editorial de Universidad Pedagógica Experimental Libertador. FEDUPEL. Caracas, Venezuela.

ANEXOS

CUADRO N° 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
1.- Identificar el tipo de alimentación suministrada al niño/a con labio y/o paladar hendido paciente de la Asociación Valenciana para la Atención Interdisciplinaria al paciente con malformaciones cráneo-faciales (AVAIPACF) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), Valencia Estado Carabobo.	Tipos de alimentación	Alimentación: Proporciona al organismo los alimentos necesarios para una correcta nutrición, es decir, para que se realicen una serie de procesos fisiológicos que utilizan y transforman las sustancias químicas contenidas en los alimentos.	Conocimiento	Diferentes tipos de alimentación
2.- Especificar las anomalías más frecuentes en los niños/as con labio y/o paladar hendido registrados en AVAIPACF.	Tipos de anomalías	Anomalías: Desviación notable de un organismo con respecto al prototipo normal. Las anomalías pueden ser congénitas, es decir, prenatales, o deberse a una enfermedad sufrida con posterioridad al nacimiento. Pueden ser asimismo externas, y por tanto fácilmente apreciables, o internas y en tal caso sólo pueden descubrirse mediante la exploración.	Generalidades	Diversos tipos de anomalías en los pacientes con labio y/o paladar hendido
3.- Determinar la influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares en niños y niñas con labio y/o paladar hendido atendidos en AVAIPACF de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Estado Carabobo.	Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares	Amamantamiento: función mecánica de succión o movimientos de los músculos faciales, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Maxilares: El hueso maxilar (denominado también maxila o maxilar superior) es un hueso de la cara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.	Generalidades	Concepto Ventajas Beneficios Concepto Cambios facial Relación placas planas, respiración y crecimiento. Desarrollo y crecimiento de los maxilares

Fuente: Fuentes, M. y Peña, K. (2017).



"A.V.A.I.P.A.C.F."

ASOCIACIÓN CIVIL VALENCIANA PARA LA
ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA AL PACIENTE
CON ALTERACIONES CRANEOFACIALES

Nº De registro: _____

Fecha: _____

Cod. Prof. Resp. _____

F.I. HISTORIA CLINICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos: _____ Nombres: _____

Sexo: F M Edad: ____ Años ____ Meses ____ Días. Lugar de Nacimiento: Ciudad _____

Entidad Federal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Actual: _____ Teléfono: _____

Procedencia: Local Exterior Entidad Federal: _____

Referido por: _____

Malformación: _____

Descripción: _____

IDENTIFICACIÓN Y

ANTECEDENTES

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Estado Civil de los padres: _____

Datos Maternos

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Edad de fecundación: _____ años. Ocupación: _____

Grado de instrucción: _____ Lugar de trabajo: _____

Ingreso: _____

Antecedentes Obstétricos:

- | | |
|-----------|------------|
| 1.- _____ | 8.- _____ |
| 2.- _____ | 9.- _____ |
| 3.- _____ | 10.- _____ |
| 4.- _____ | 11.- _____ |
| 5.- _____ | 12.- _____ |
| 6.- _____ | 13.- _____ |
| 7.- _____ | 14.- _____ |

Observaciones: _____

Datos Paternos

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Ocupación: _____ Grado de Instrucción: _____

Lugar de Trabajo: _____ Ingreso: _____

Radiaciones antes de la fecundación: _____

Drogas: _____

Alcohol: _____

Anomalías en otros hijos: _____

Anomalías en Familiares: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Prenatales y Obstétricos

Embarazo: Deseado No Deseado

Intento de Aborto: Si No

Como? _____

Duración del embarazo: _____ Semanas Controlado: Si No

Lugar del Control prenatal: _____

- Evolución:**
- Alcohol
 - Amenaza de aborto
 - Convulsiones
 - Diabetes
 - Desnutrición
 - Drogas
 - Eclampsia
 - Emocionales
 - Enf. Cardiovasculares
 - Enf. Endocrinas
 - Enf. Infecciosas
 - Enf. Pulmonares
 - Hemorragias
 - Radiaciones
 - Tabaco
 - Traumatismo
 - Vacunaciones
 - Vitaminas
 - Otros

Antecedentes Paranales

Duración del trabajo de parto: _____ horas. Duración del expulsivo: _____ horas.

Tipo de Parto: Normal Inducido Fórceps Cesárea

Simple Múltiple

Atendido por: Médico No profesional Comadrona

Centro asistencial Domiciliario

Antecedentes neonatales

Peso: _____ grs. Talla _____ cm. Grupo sanguíneo _____ Rh. _____ Apar. _____

- Respiración artificial
- O espontánea.
 - Cianosis
 - Fiebre
 - Ictericia
 - Vómitos
 - Hemorragias
 - Infecciones
 - Convulsiones

Lugar de origen de los ascendientes

Madre _____
Abuela Materna _____
Abuelo Materno _____
Bisabuela Materna _____
Bisabuelo Materno _____
Bisabuela Materna _____
Bisabuelo Materno _____

Padre _____
Abuela Paterna _____
Abuelo Paterno _____
Bisabuela Paterna _____
Bisabuelo Paterno _____
Bisabuela Paterna _____
Bisabuelo Paterno _____

Árbol Genealógico y Estigmas

Tiempo de Lactancia: Materna _____
Artificial _____
Mixta _____
Sonda _____

Inmunizaciones: BCG Triple Viruela Sarampión Polio Otro _____

Antecedentes Nosológicos

Eruptivas de la infancia _____
Enf. Infecciosas _____
Enf. Parasitarias _____
Afecciones del aparato _____
Digestivo. _____
Afecciones del tracto _____
Respiratorio _____
Afecciones del aparato _____
Urinario. _____
Afecciones del sistema _____
Nervioso. _____
Alergias _____
Antecedentes odontológicos _____
Antecedentes de O.R.L. _____
Antecedentes quirúrgicos _____
Fiebre prolongada _____
Otros _____

OBSERVACIONES: _____

II EXAMEN CLINICO BUCAL

Hábitos: Respiración bucal
 Masticación: dura blanda
 Succión: Chupón dedos objetos
 Onicofagia
 Eneuresis
 Apoyo manual
 Posición de dormir: dorsal ventral sagital: der. izq.
 Otro: _____

Dentición: Primaria Secundaria Mixta
 Etapa evolutiva: inicial de la dent. Primaria
 Maduración de la dent. Primaria
 Sostén de la dent. Primaria
 Maduración de la dent. Secundaria

Anomalías Dentarias: de número _____
 de forma _____
 de color _____
 de la estructura _____
 y textura _____
 de la erupción _____
 de la exfoliación _____
 de posición _____

Alineamiento dentario: maxilar superior: _____

 maxilar inferior: _____

Oclusión: Cubierta abierta anterior abierta ant.-post vis abis anterior
 bis a bis posterior unil. Izq. der. bis a bis bilat.
 cruzada anterior cruzada posterior unil. Izq. der.
 cruzada posterior bilateral

Línea Media: Centrada Llaves molares: normal D I
 a la derecha mesial distal Llaves caninas: normal D I
 a la izquierda distal mesial distal

Tipo de Maloclusión: Clase I Clase II Clase III

Funcionamiento Muscular: Orbicular superior Pterigoideo ext. Der.
 Orbicular inferior Pterigoideo int. izq.
 Buccinador izquierdo Pterigoideo int. der.
 Buccinador derecho Masetero izquierdo
 Pterigoideo ext. der. Masetero derecho

Desarrollo Óseo: Maxilar superior n ↑ ↓ Longitudinal
 Longitudinal
 Transversal
 Vertical
 Maxilar inferior n ↑ ↓ Longitudinal
 Longitudinal
 Transversal
 Vertical