

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

LACTANCIA Y MALOCLUSIONES EN PACIENTES
DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO
DE SALUD SAN FRANCISCO
DE TACNA, 2019

TESIS

PRESENTADA POR:

YURY MIGUEL TENORIO CAHUANA

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON
MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

TACNA - PERÚ

2021

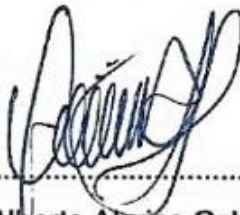
UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

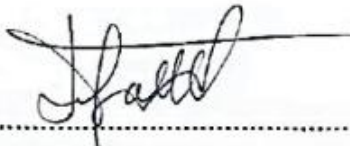
Escuela de Posgrado


MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA


LACTANCIA Y MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DE TACNA, 2019

Tesis sustentada y aprobada el 22 de noviembre de 2021; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
.....
Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

SECRETARIO : 
.....
Dr. Wilber Dante Calla Enriquez

MIEMBRO : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESOR : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

DEDICATORIA

A Dios

Por ser mi guía.

A mis padres Miguel y Amelia,

A quienes siempre los recordaré.

A mis esposa María

*Por su paciencia, amor y por ser la
alegría de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rina Alvarez Becerra

Por compartir sus conocimientos y por asesorar esta tesis.

A los maestros de la ESPG, por sus sabias enseñanzas y dedicación constante .

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	5
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	5
1.5. OBJETIVOS	6
1.6. HIPÓTESIS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2. BASES TEÓRICAS	18
2.2.1. Lactancia	18
2.2.1.1. Definición	18
2.2.1.2. Lactancia materna exclusiva	19
2.2.1.3. Ordeñado del pecho materno	20
2.2.1.4. Factores que intervienen en una lactancia no adecuada	22
2.2.1.5. Lactancia artificial	23
2.2.1.6. Succión del pico del biberón	23
2.2.2. Maloclusiones	25
2.2.2.1. Definición	25
2.2.3. Hábitos de succión no nutritivos	28
2.2.3.1. Definición	28
2.2.3.2. Clasificación	29

2.2.3.3.	Clasificación de los hábitos de succión no nutritivos	30
2.2.3.4.	Succión labial	32
2.2.3.5.	Uso del chupón	33
2.2.4.	Uso del biberón	34
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	35
CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO		36
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO		
4.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
4.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	37
4.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
4.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
4.5.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	40
CAPÍTULO V: RESULTADOS		42
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN		61
CONCLUSIONES		66
RECOMENDACIONES		67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		68
ANEXOS		77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años	52
Tabla 2.	Frecuencia de tipos de maloclusiones en niños de 3 a 6 años	54
Tabla 3.	Frecuencia según tipos de lactancia	60
Tabla 4.	Frecuencia según tiempo de lactancia	63
Tabla 5.	Relación de los tipos de maloclusión y lactancia materna exclusiva	65
Tabla 6.	Relación de los tipos de maloclusión y lactancia con biberón	66
Tabla 7.	Relación de los tipos de maloclusión y lactancia mixta	67
Tabla 8.	Relación de los tipos de maloclusión y el tiempo de lactancia	68
Tabla 9.	Relación entre los tipos de maloclusión y los hábitos de succión no nutritiva	69
Tabla 10.	Relación entre los tipos de lactancia y los hábitos de succión no nutritivos	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Trípode funcional: apertura de la bova, aerola y lengua	30
Figura 2.	Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua	31
Figura 3.	Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua	32
Figura 4.	Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua	34
Figura 5.	Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo	40
Figura 6.	Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo	42
Figura 7.	Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo	42
Figura 8.	Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo	43
Figura 9.	Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua	44
Figura 10.	Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años	53
Figura 11.	Maloclusiones transversales	57
Figura 12.	Maloclusiones verticales	58
Figura 13.	Maloclusiones sagitales	59
Figura 14.	Línea media	60
Figura 15.	Lactancia materna exclusiva	61
Figura 16.	Lactancia con biberón	62
Figura 17.	Lactancia mixta	63
Figura 18.	Frecuencias según el tiempo de lactancia	65

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre la lactancia y maloclusiones en pacientes de 3 a 5 años que asisten al centro de salud San Francisco de Tacna en 2019. Metodología: estudio de tipo correlacional, prospectivo y de corte transversal. la muestra fue de 98 niños con edades de 3 a 6 años los cuales se les evaluó la maloclusión en los tres sentidos del espacio. Se preguntaron cuestionarios a las madres sobre el tipo, duración de la lactancia y los hábitos de succión no nutritiva. Para el análisis estadístico se empleó el test de Chi – cuadrado, el análisis de datos la distribución de frecuencias y para la comparación entre grupos se utilizaron los cálculos de odds ratio (OR). Resultados: la frecuencia de maloclusiones se observó en 44 niños (44,9 %). No hubo relación significativa entre lactancia materna exclusiva y los diferentes tipos de maloclusión ($p > 0,05$), si hubo 4 relación significativa entre la lactancia con biberón con la maloclusión en la relación vertical (OR=1,08; IC95%: 1 – 1,21, $p=0,017$); relación sagital (OR=1,1; IC95%: 1 – 1,26, $p=0,008$) y desviación de la línea media (OR=1,13; IC95%: 1 – 1,33, $p=0,003$), así mismo hubo una relación significativa entre la lactancia mixta y la maloclusión en la relación sagital (OR=0,56; IC95%: 0,21 – 1,46, $p=0,008$). Conclusión: no existe una relación significativa entre la lactancia materna con las maloclusiones, si hubo relación significativa entre la lactancia con biberón y mixta con las maloclusiones.

Palabras clave: Lactancia Materna, maloclusión, hábitos, succión, niño

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between breastfeeding and malocclusions in patients aged 3 to 5 years attending the San Francisco de Tacna health center in 2019. Methodology: a correlational, prospective and cross-sectional study. The sample consisted of 98 children aged 3 to 6 years, who were evaluated for malocclusion in the three senses of space. Mothers were asked questionnaires about the type, duration of breastfeeding, and non-nutritive sucking habits. The Chi-square test was used for the statistical analysis, the data analysis the frequency distribution and for the comparison between groups the odds ratio (OR) calculations were used. Results: the frequency of malocclusions was observed in 44 children (44.9%). There was no significant relationship between exclusive breastfeeding and the different types of malocclusion ($p > 0.05$), if there was 4 significant relationship between bottle feeding and malocclusion in the vertical relationship (OR = 1.08; 95% CI: 1 - 1.21, $p = 0.017$); sagittal relationship (OR = 1.1; 95% CI: 1 - 1.26, $p = 0.008$) and deviation from the midline (OR = 1.13; 95% CI: 1 - 1.33, $p = 0.003$), thus There was also a significant relationship between mixed breastfeeding and malocclusion in the sagittal relationship (OR = 0.56; 95% CI: 0.21 - 1.46, $p = 0.008$). Conclusion: there is no significant relationship between breastfeeding with malocclusions, if there was a significant relationship between bottle feeding and mixed feeding with malocclusions.

Keywords: Breast Feeding, Malocclusion, Habits, suction, child

INTRODUCCIÓN

La importancia de la lactancia materna desde el punto de vista inmunológico, nutricional, psicológico y físico es la medida más efectiva y menos costosa para evitar las enfermedades infecciosas, la desnutrición infantil, hábitos nocivos y alteraciones en el crecimiento y desarrollo y maduración funcional adecuada del complejo dentofacial, recomendando la lactancia exclusiva los 6 primeros meses de vida y después complementarse con otros alimentos hasta los 2 años de edad. (1)

La lactancia materna produce un reflejo de succión de leche constituyendo un intercambio con el mundo exterior pues al alimentarse y presentar una llenura de su estómago produce una euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor produciendo un contacto físico (táctil, sonoro y bucal) gratificante para el binomio madre – niño. (2)

El punto de excitación neural del desarrollo estomatognático se halla en la parte posterior de la articulación temporomandibular, durante el acto fisiológico del amamantamiento, y es provocado por la tracción de la cabeza del cóndilo ejerce sobre el menisco articular en su desplazamiento pósteroanterior.

Durante el amamantamiento a pecho el movimiento de deslizamiento y tracción del menisco específicamente su parte pósteroanterior se realiza en forma simultánea por los lados produciendo una respuesta de desarrollo mandibular, pero desde el momento que se empieza a masticar, solo se excita el lado de balance produciendo respuesta del desarrollo de la mitad mandibular de este lado. (3)

Así mismo en el desarrollo del sistema estomatognático es importante el sistema muscular y la disposición anatómica de las caras oclusales de los dientes superiores que recubren a los inferiores en forma de tapa. (3)

La maloclusión es una desviación de la oclusión normal. Ramfjord menciona que se requiere la presencia de ciertas relaciones estáticas cúspide-fosa aceptable para que una oclusión se considere normal; de lo contrario, la oclusión es maloclusión. (4)

En este sentido, se decidió investigar y determinar la relación entre la lactancia y las maloclusiones en pacientes de 3 a 6 años que asisten al centro de salud San Francisco de Tacna, con el propósito de tomar medidas preventivas desde las primeras etapas de vida en el niño específicamente su dentición decídua, los resultados que se obtienen de este trabajo de investigación será de importancia para nuevas investigaciones, así como ayudar a difundir los beneficios de la lactancia materna en la salud del aparato estomatognático.

El presente estudio, se ha organizado en : El Capítulo I: referido al planteamiento, enunciado y formulación del problema, antecedentes de la investigación, objetivos, justificación y la formulación de la hipótesis. El Capítulo II: aborda el marco teórico y los antecedentes. El Capítulo III: comprende la metodología de la investigación, tipo de investigación, población de estudio, muestra, métodos y técnicas para la recolección de datos, y técnicas para el procesamiento de datos. El Capítulo IV: abarca el marco filosófico del estudio. El Capítulo V: contiene los resultados . En el Capítulo VI, se presenta la discusión de los hallazgos.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones finales, las referencias bibliográficas de la investigación y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

En dentición permanente, las distribuciones globales de maloclusión Clase I, Clase II y Clase III fueron 74,7 % [31 - 97%], 19,56 % [2 – 63 %] y 5,93 % [1 – 20 %], respectivamente. En dentición mixta, las distribuciones de estas maloclusiones fueron 73 % [40 – 96 %], 23 % [2 – 58 %] y 4 % [0,7 - 13%]. En cuanto a las maloclusiones verticales, la sobremordida profunda y la mordida abierta observadas fueron 21,98 % y 4,93 %, respectivamente. La mordida cruzada posterior afectó al 9,39 % de la muestra. (5)

En el Perú se han realizado investigaciones epidemiológicas sobre maloclusiones dentarias desde el año de 1954, especialmente en Lima. Según estos estudios existe una prevalencia de 81,9 %, 79,1 % y 78,5% en regiones de la costa, sierra y selva respectivamente. (6) Se observa que un 94,6% de los pacientes registrados presenta algún tipo de maloclusión, mientras que el 5,4% de los pacientes registrados presenta una oclusión normal. Según la clasificación de Angle el 56,11% presenta Maloclusión Clase I, el 29,26% presenta Maloclusión Clase II y el 14,63% presenta Maloclusión Clase III. (7)

La prevalencia de maloclusiones en dentición permanente en la región de Tacna se observó que el 76,83 % presentó maloclusión clase I, 13,41 % clase II división 1, 0,41 % clase II división 2 y 9,35 % maloclusión clase III (8). La prevalencia de maloclusión en dentición decidua en la población de Ecuador en su capital fue de 49,2 %, los tipos más frecuentes fueron mordida profunda (19,9 %), apiñamiento (16,4 %), mordida cruzada anterior (7,8 %), mordida borde a

borde (6,6 %), mordida cruzada posterior (3.9%) y mordida abierta anterior (1,6 %). (9)

En el recién nacido que ya inició la respiración por la nariz se tiene que alimentar y para tal fin existe una zona neurógena en labios y lengua, dispuesta para captar el seno materno, esto unido a un dispositivo funcional articular y muscular capaz de realizar el acto de amamantamiento. El movimiento protrusivo y retrusivo de la mandíbula excita las partes posteriores de los meniscos y superior de las ATM obteniendo como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares así como la modelación del ángulo mandibular. El neonato realiza sucesivamente este acto repetidas veces durante el día importante para el desarrollo cráneo-facial del niño. (3)

Sin embargo, por diversas razones, ya sean fisiológicas, discrecionales por parte de la madre u otras, el lactante no recibe leche materna, la cual es sustituida por una lactancia artificial, lo que implicaría una menor actividad muscular impidiendo con ello el adelantamiento natural de la mandíbula y una menor práctica de amamantamiento generaría un factor etiológico de los hábitos nocivos y en consecuencia maloclusiones.(3)

En tal sentido, es imperativo indagar científicamente los beneficios aportados por la lactancia materna para el buen desarrollo estomatológico y las diferencias de mecanismos entre esta y la lactancia artificial, señalando a través de sus resultados las alteraciones oclusales encontradas por la falta de amamantamiento y un corto período de la misma.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

– Problema general

¿ Se relaciona la lactancia con la presencia de maloclusiones en pacientes de 3 a 6 años que asisten al Centro de Salud San Francisco de Tacna en 2019?

– Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el tipo y el tiempo de lactancia que con mayor frecuencia recibieron los pacientes de 3 a 6 años estudiados?
- b) ¿Cuáles son los tipos y el tiempo de lactancia que con mayor frecuencia recibieron los pacientes de 3 a 6 estudiados?
- c) ¿Los diferentes tipos de maloclusiones se relacionan con el tipo y tiempo de lactancia en los pacientes de 3 a 6 años estudiados?
- d) ¿Los diferentes tipos de maloclusiones se relacionan con o sin hábitos de succión no nutritiva en los pacientes de 3 a 6 años estudiados?
- e) ¿Los diferentes tipos de lactancia se relacionan con los hábitos de succión no nutritiva en los pacientes de 3 a 6 años tratados?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente investigación pretende determinar a través de una muestra de los pacientes atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud “San Francisco” de la ciudad de Tacna si existe una relación de la lactancia materna con las maloclusiones.

Los resultados obtenidos en la investigación beneficiarán con sus conocimientos al ámbito académico ya que puede avalarse como complemento a otras investigaciones similares. Desde el punto de vista científico; se pretende lograr que con esta investigación se pueda avalarse como complemento a otras investigaciones similares a realizarse en las que posteriormente se podrán ampliar y mejorar los conocimientos concernientes a este problema.

Los resultados obtenidos en esta investigación significarán también un aporte social valiéndose como ejemplo para otras regiones del país porque a raíz de este estudio se podrá conocer la situación de la lactancia recibida en los niños y su estado oclusal actual, advertir a progenitores y familiares para que asuman la responsabilidad sobre este problema junto a las entidades públicas y privadas encargadas de prestar servicios de salud a la región para prevenir

consecuencias más severas que pueden comprometer la salud bucal a largo plazo.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

La ejecución de la investigación se vio dificultada por la obtención de las unidades de estudio, lo cual fueron la inasistencia de los niños en estudio.

1.5. OBJETIVOS

- Objetivo general

Determinar la relación entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en pacientes de 3 a 6 años que asisten al Centro de Salud San Francisco de Tacna.

- Objetivo específicos
 - a. Identificar la frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años estudiados
 - b. Identificar el tipo y el tiempo de lactancia que con mayor frecuencia recibieron los pacientes de 3 a 6 años estudiados.
 - c. Identificar si la presencia de los diferentes tipos de maloclusiones se relaciona con el tipo y tiempo de lactancia de los en los pacientes de 3 a 6 años estudiados.
 - d. Identificar la relación de las maloclusiones que se presentan en los pacientes de 3 a 6 años con o sin hábitos de succión no nutritiva.
 - e. Identificar la relación entre los diferentes tipos de lactancia y los hábitos de succión no nutritiva en los pacientes de 3 a 6 años tratados.

1.6. HIPÓTESIS

La lactancia influye significativamente en la presencia de maloclusiones en pacientes de 3 a 6 años.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Ámbito internacional

Shankar et al. (10) investigaron sobre la “Asociación entre la duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y las dimensiones de la arcada dentaria en la dentición decidua: un estudio transversal.” Objetivo: Determinar la asociación entre la duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva, los diámetros transversales del arco dentario, la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior en la dentición decidua. Métodos: Se examinaron clínicamente 415 niños (228 hombres y 187 mujeres), de 4 a 6 años, de una población india mixta. Según un cuestionario escrito respondido por los padres, los niños se dividieron en dos grupos: grupo 1 (amamantado durante <6 meses (n = 158) y grupo 2 (amamantado durante ≥6 meses (n = 257)). Resultados: la succión no nutritiva (NNS) estuvo presente en el 15,18 % de los niños (20,3 % en el grupo 1 en comparación con 12,1% en el grupo 2 (P = 0,024)). La DCI y la EMI promedio en el maxilar y la EMI promedio en la mandíbula fueron significativamente más altas entre el grupo 2 en comparación con el grupo 1 (P <0,01). En la mandíbula, el ICD promedio no difirió significativamente entre los dos grupos (P = 0,342). La distribución de la mordida abierta anterior no difirió significativamente entre los dos grupos (P = 0,865). La distribución de la mordida cruzada posterior fue significativamente diferente entre los dos grupos (P = 0,001). La evaluación OR (OR = 1,852) reveló que el grupo 1 tenía una prevalencia casi dos veces mayor de hábitos NNS que el grupo 2. El análisis de regresión logística multivariante reveló que el primer grupo tenía de forma

independiente un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar mordida cruzada en comparación con el segundo grupo (OR = 4,3). El análisis de regresión lineal multivariante también reveló que la edad y la duración de la lactancia materna eran los determinantes más significativos de la CIE y la EMI. Conclusiones: Una mayor prevalencia de NNS en el primer grupo sugiere que NNS es una variable dominante en la asociación entre la duración de la lactancia materna y la reducción de los diámetros transversales intraarcos, lo que conduce a una mayor prevalencia de mordidas cruzadas posteriores como se ve en nuestro estudio. Sin embargo, el ancho intercanino mandibular no se ve afectado debido a la postura de la lengua baja que se observa en estos niños.

Lopes et al. (11) realizaron el estudio “Explorando la asociación entre los hábitos alimentarios, los hábitos de succión no nutritiva y las maloclusiones en la dentición decidua”, El objetivo fue examinar la asociación entre los hábitos de alimentación, hábitos de succión no nutritiva y las maloclusiones en la primera dentición. Resultados: No existen relaciones estadísticamente significativa entre la LME o LB y algún tipo de maloclusión ($p > 0,05$). Así como ninguna asociación significativa entre la duración de la LME o LB y la maloclusión ($p > 0,05$). La lactancia materna exclusiva tuvo un efecto protector y disminuyó el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos ($p = 0,001$). Conclusiones: No hay asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de alimentación y las maloclusiones en la primera dentición. La lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector al disminuir el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos OR 0,18 (IC 0,07 – 0,40, $p = 0,001$).

Lozano (12), estudiaron las “Prevalencias de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquipulas en Chiapas, México”.El propósito fue determinar la prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la Lactancia materna. Método: Se estudiaron pacientes pediátricos de 2 a 6 años de edad que acudieron al departamento dental de la Clínica Esquipulas en Chiapas, México a partir de un muestreo por cuota, para medir la prevalencia de maloclusiones de piezas

deciduas. Se asoció con la lactancia materna con las maloclusiones utilizando la prueba X^2 con $p < 0,05$. Resultados: 98 pacientes contaron con los criterios de inclusión. Se encontró que el 93,9 % (92 niños) fueron lactados con seno materno. De estos pacientes el 73,5 % fueron lactados por más de 6 meses. El plano terminal recto de lado derecho se encontró con mayor frecuencia en pacientes que fueron lactados por más de 6 meses. Se presentó mordida cruzada posterior en aquellos pacientes que lactaron por menos de 6 meses en un 3 % de los casos estudiados. En la relación canina derecha los pacientes que fueron lactados por más de 6 meses el 51 % presentó clase I y el 52 % presentó clase I en la relación canina izquierda. No se encontró asociación significativa entre la oclusión molar y canina y la lactancia materna. Conclusión: la mayoría de los pacientes en Chiapas lactados con leche materna durante más de seis meses presentan clase I canina y plano terminal recto. La presencia de mordida cruzada posterior fue menor en los pacientes que fueron lactados durante más de 6 meses. La edad o el grupo étnico no son un factor determinante en la presencia de maloclusiones en lactantes.

Gramal et al. (13) investigaron sobre el “Relación entre lactancia y maloclusiones en preescolares de 3 – 5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas – Otavalo. El objetivo fue establecer la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares de 3 a 5 años de la parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo. Diseño: Estudio descriptivo y transversal. Participantes: 203 niños de 3 a 5 años de centros infantiles de la parroquia. Resultados: Existió relación entre tipo de lactancia y presencia de maloclusiones según la prueba chi cuadrado ($p = 0,000 < 0,05$). También el tipo de lactancia influyó en la presencia de hábitos de succión no nutritivos ($p = 0,000 < 0,05$). El tiempo de lactancia materna con las maloclusiones tuvo gran relación ($p = 0,002 < 0,05$), también sobre la presencia de hábitos de succión no nutritivos ($p = 0,014 < 0,05$). La presencia de hábitos para este grupo tuvo influencia sobre las maloclusiones ($p = 0,000 < 0,05$). Conclusiones: Existe relación entre la presencia de maloclusiones con el tipo y tiempo de lactancia.

Se encontró en el presente estudio mejor oclusión en aquellos lactados de forma natural y por un tiempo de 12 meses o más.

Chen et al. (14) investigaron acerca de los “Efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición temporal”. Se evaluaron los efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición temporal en niños de 3 a 6 años. Resultados: Se encontró que una corta duración de la lactancia materna (nunca o ≤ 6 meses) se asoció directamente con la mordida cruzada posterior (OR = 3,13, IC del 95 % = 1,11-8,82, P = 0,031) y ausencia de espacio maxilar (OR = 1,63, IC del 95 % = 1,23-2,98, P = 0,038). En los niños amamantados durante ≤ 6 meses, la probabilidad de desarrollar hábitos de succión del chupete fue 4 veces mayor que la de los amamantados durante > 6 meses (OR = 4,21, IC del 95 % = 1,85-9,60, P = 0,0002). Los niños que fueron alimentados con biberón durante más de 18 meses tenían un riesgo 1,45 veces mayor de oclusión escalonada no mesial y un riesgo 1,43 veces mayor de relación canina de clase II en comparación con los que fueron alimentados con biberón durante 6 a 18 meses. También se encontró que los hábitos de succión no nutritivos afectan la oclusión: un hábito prolongado de la succión digital aumentaba la probabilidad de una mordida abierta anterior, mientras que el hábito de chupar el chupete se asoció con un resalte excesivo y la ausencia de espacio de desarrollo del arco inferior. Conclusiones: Se demostró que la duración de la lactancia se asocia con la prevalencia de mordida cruzada posterior, o ausencia de espacio maxilar en la dentición decidua y desarrollo del hábito de chupar chupete. Los niños que tuvieron una mayor duración de la alimentación con biberón fueron más propensos a desarrollar una relación canina de clase II. Los niños que tenían un hábito oral tenían más probabilidades de desarrollar características oclusales anormales.

Suque (15) realizó la tesis “Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis

comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016". El objetivo fue determinar la relación que existe entre el tipo de lactancia (natural o artificial) durante los dos primeros años de vida y la presencia de maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior). Método: El estudio fue de tipo observacional y transversal, previo consentimiento informado se realizó la recolección de los datos por medio de una encuesta a las madres y el análisis clínico a los preescolares entre 4 y 5 años. De un universo de 360 se obtuvo una muestra de 183 niños/as la cual fue seleccionada por conveniencia y analizada con el método estadístico chi-cuadrado. Resultados: Se obtuvo que del total de preescolares examinados, 166 (91%) no presentaron maloclusiones y 17 (9 %) si presentaron. La presencia de maloclusiones y la lactancia artificial presentó una significancia estadística ($p < 0,05$). Conclusiones: Se demuestra que sí existe una relación entre la presencia de maloclusiones transversales o sagitales y el tipo de lactancia.

Boronat et al. (16) realizó el estudio denominado "La lactancia materna y el desarrollo oclusal". Se examinó la evidencia actual sobre los posibles efectos de la lactancia materna en diferentes rasgos de maloclusión en dentición primaria y mixta. Extracción y síntesis de datos: Se realizó una búsqueda sistemática en tres bases de datos, utilizando términos relacionados con la lactancia materna y la maloclusión en dentición temporal y mixta. De los 31 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incluidos en el análisis cualitativo, nueve fueron incluidos en el análisis cuantitativo. La calidad de los 31 estudios observacionales fue de moderada a alta en la escala Newcastle-Ottawa. Resultados: Se encontró que la razón de posibilidades para el riesgo de mordida cruzada posterior fue de 3,76 (IC del 95 %: 2,01 a 7,03) al comparar a los niños que no habían sido amamantados con los que habían sido amamantados durante más de seis meses, y aumentó a 8,78 (IC del 95 %: 1,67- 46,1) cuando se comparó a los que no amamantaron con los amamantados durante más de doce meses. La razón de probabilidades para la maloclusión de clase II en niños amamantados hasta por seis meses en comparación con aquellos amamantados

durante más de seis meses fue de 1,25 (IC del 95 %: 1,01-1,55). Por último, los niños que fueron amamantados hasta por seis meses tuvieron una razón de probabilidades de 1,73 (IC del 95 %: 1,35–2,22) para la dentición no espaciada en comparación con aquellos que fueron amamantados durante más de seis meses.

Domagraci et al. (17) realizaron una investigación sobre las “Maloclusiones en niños pequeños: ¿La lactancia realmente reduce el riesgo? Una revisión sistemática y un metanálisis”. Se utilizó una estrategia de búsqueda de 3 pasos, incluidas las búsquedas electrónicas. Consideraron los estudios cuyos investigadores incluyeron niños sanos con dentición temporal con antecedentes de lactancia materna y en los que los investigadores del estudio habían evaluado resultados de maloclusión específicos para ser elegibles para su inclusión en esta revisión. Resultados: Los autores identificaron 7 estudios que se incluyeron en la revisión. Descubrieron que los niños que habían amamantado de manera subóptima tenían un mayor riesgo de desarrollar maloclusiones y que existía una asociación fuerte y significativa entre una duración más corta de la lactancia materna (menos de 12 meses) y el desarrollo de una mordida abierta anterior (n = 1,875; razón de riesgo, 3,58; intervalo de confianza del 95 %, 2,55 a 5,03; p <0,00001) y una relación canina de clase II (n = 1203; razón de riesgo, 1,65; intervalo de confianza del 95%, 1,38 a 1,97; p < 0,00001). Conclusiones: Los niños pequeños con antecedentes de lactancia materna subóptima tienen una mayor prevalencia y razón de riesgo de maloclusiones. Estos niños tienen un mayor riesgo de desarrollar una relación canina de clase II, mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior.

Lopes (18) investigó sobre “La relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años de edad. El propósito fue Explorar la asociación entre los hábitos alimenticios, hábitos de succión no nutritivos y la maloclusión en la dentición decidua y determinar la presencia de hábitos de succión no nutritivos y sus efectos en la oclusión de la dentición decidua en una población de niños españoles. Resultados: La presencia de hábitos de succión no – nutritivos fue

observado en 224 niños (81,5 %) y la presencia de maloclusión fue observada en 152 niños (55,2 %). Los resultados demostraron que existió una relación significativa entre el uso del chupete, alteraciones en la relación transversal (OR = 3,29; IC 95 %: 0,97 – 11,17; p=0,044) y desviación de la línea media OR = 3,00; IC 95 %: 1,22 – 7,38; p=0,013). Niños con antecedentes de succión digital tienen 4,25 veces mayor riesgo de desarrollar una maloclusión IC 95 %: 0,92 – 19,58; p=0,044). Existió relación significativa entre la succión digital y la mordida abierta anterior (dimensión vertical) OR = 8,25; IC 95 %: 2,50 – 27,25, p=0,001). Los niños con hábitos de succión no nutritivos tuvieron 2,55 veces mayor riesgo de desarrollar maloclusiones en comparación con los que no tienen hábitos de succión no nutritiva (p = 0,004). Los resultados también indicaron que no hubo relación significativa entre la lactancia materna exclusiva o el uso de biberón y la presencia de alguna maloclusión (p > 0,05). Además, se observó que la lactancia materna exclusiva posee un factor protector disminuyendo el riesgo de adquirir hábitos de succión no – nutritiva (p = 0,001). Conclusión: No hubo asociación entre los hábitos alimenticios y las maloclusiones en la dentición decidua de los niños que participaron de este estudio. La lactancia materna exclusiva disminuyó el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos. Los hábitos de succión no nutritivos y el desarrollo de maloclusiones tuvieron un impacto en los niños que participaron de este estudio. Los niños que usaban chupete presentaron alteraciones significativas en la dimensión transversal y la succión digital aumentó el riesgo de maloclusión vertical.

Correa et al. (19) investigaron la “Asociación de Lactancia materna y maloclusión en niños de 5 años. Enfoque Multinivel”. El propósito fue establecer la asociación entre la razón de niños alimentados con leche materna y la prevalencia de maloclusiones en niños con dentición decidua de 5 años. Resultados: La prevalencia de maloclusiones fue del 63,3 %. Las ciudades con mayor prevalencia de lactancia materna entre los niños de 9 a 12 meses presentaron menor prevalencia de maloclusión entre los niños a los 5 años (RP 0,98; IC del 95 %: 0,98 a 0,99). Conclusiones: Sin considerar los factores sociodemográficos se encontró una baja prevalencia de maloclusión entre los

niños de 5 años asociados a una alta razón de niños que reciben una alimentación con leche materna entre las edades de 9 – 12 meses en niños que viven en la ciudad. Esto resulta importante para animar por la lactancia materna en el primer año de vida de los niños.

Costa et al. (20) realizaron la investigación denominada “El uso de chupón modifica la asociación entre lactancia materna y maloclusión: un estudio transversal”. El propósito fue evaluar la influencia de la lactancia materna y el uso del chupete en el estado oclusal de los niños en edad preescolar. Resultados: Se realizó un estudio transversal con niños (n = 489) de 2 a 5 años en escuelas públicas y privadas de Pelotas, sur de Brasil. Las madres respondieron un cuestionario sobre variables demográficas, socioeconómicas y de comportamiento, incluidos hábitos de lactancia materna y succión no nutritiva. La maloclusión se clasificó en normal / leve y moderada / grave, según los criterios de la OMS. La asociación entre la lactancia materna y el uso de chupete con la maloclusión se evaluó mediante regresión logística multivariante. La prevalencia de maloclusión fue del 37,83 % (IC 95 % 33,52-42,14) y el 57,87% de los niños utilizaron chupete. El 46,01 % de la muestra recibió lactancia materna exclusiva durante 6 meses y el 24,74 % nunca lo hizo. La maloclusión se asoció con el uso de chupetes, tanto con la lactancia materna no exclusiva como con la lactancia materna nunca. Luego de ajustes por variables demográficas y socioeconómicas, los niños que usaron chupete y nunca fueron amamantados (OR = 19,08; IC 95 % 8,54-42,63), o que usaron chupete y no fueron amamantados exclusivamente (OR = 13,74; IC 95 % 6,11 -30,92), presentaron peores condiciones oclusales, en comparación con los niños que fueron amamantados exclusivamente y nunca usaron chupete. El uso de chupetes modifica la relación entre la lactancia materna y el estado oclusal. o quienes usaron chupete y no fueron amamantados exclusivamente (OR = 13,74; IC 95 % 6,11-30,92), mostraron peores condiciones oclusales, en comparación con los niños que fueron amamantados exclusivamente y nunca usaron chupete. Conclusiones: El uso de chupetes modifica la relación entre la lactancia materna y el estado oclusal. o quienes usaron chupete y no fueron amamantados

exclusivamente (OR = 13,74; IC 95 % 6,11-30,92), mostraron peores condiciones oclusales, en comparación con los niños que fueron amamantados exclusivamente y nunca usaron chupete. El uso de chupetes modifica la relación entre la lactancia materna y el estado oclusal.

Roscoe et al. (21) realizaron el estudio “Asociación de duración de la lactancia materna, hábitos de succión no nutritivos y maloclusión”. Este estudio tuvo como objetivo investigar las asociaciones entre la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva (NNSH) y la maloclusión en la dentición decidua, mixta y permanente. Materiales y métodos: Una muestra de 50 niños entre 3 y 12 años, inscritos en un programa de atención odontológica de odontología pediátrica, fueron sometidos a examen de ortodoncia para la detección de patrones oclusales y maloclusiones. Además, los datos sobre la duración de la lactancia materna y la adquisición de NNSH se obtuvieron de cuestionarios estandarizados respondidos por los padres o tutores legales de los niños. Resultados: Independientemente de un largo período de lactancia, se observó una alta incidencia de NNSH en la muestra evaluada. Sin embargo, la presencia de NNSH no se asoció significativamente con la maloclusión. Conclusiones: Los hallazgos no pudieron indicar una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la lactancia materna, la adquisición de NNSH y la maloclusión. Aún se necesitan estudios longitudinales con muestras más grandes para respaldar mejor las decisiones clínicas.

Ling et al. (22) investigaron sobre “La asociación entre hábitos de succión nutritivos, no nutritivos y oclusión dental primaria”. El propósito fue establecer la asociación entre hábitos nutritivos, no nutritivos y oclusión decidua. Métodos: Se reclutaron mil ciento catorce niños de 2 a 5 años en Hong Kong en un estudio transversal. Resultados: Los niños que fueron amamantados por más de 6 meses tuvieron una menor proporción de uso diario de chupete ($p < 0,05$). Los niños que usaban chupetes a diario tenían una mayor proporción de chuparse el dedo pulgar / dedo ($p < 0,05$). Los niños que usaron chupetes a diario durante más de un año tuvieron mayores posibilidades de desarrollar una mordida abierta

anterior ($p < 0,05$) y una sobremordida reducida ($p < 0,05$). Aquellos que exhibieron succión diaria del pulgar / dedo durante más de un año tuvieron mayores posibilidades de desarrollar relaciones entre incisivos de Clase II y caninos de Clase II, un resalte aumentado y mordida abierta anterior ($p < 0,05$). Conclusiones: La lactancia materna pura durante más de 6 meses se asocia inversamente con el uso diario de chupete y el uso diario de chupete se asocia positivamente con la succión diaria del pulgar / dedo. Los niños con más de un año de uso diario de chupete y succión del pulgar / dedo tienen mayores posibilidades de desarrollar relaciones dentales anormales en las dimensiones sagital (es decir, incisivo de clase II y relaciones caninas de clase II y mayor resalte) y vertical (es decir, mordida abierta anterior), respectivamente.

Pereira et al. (23) realizaron el estudio denominado “Asociación entre la duración de la lactancia materna y la maloclusión en la dentición primaria en Brasil”. El objetivo fue evaluar la relación entre el tipo y la duración de la lactancia materna y el desarrollo de la maloclusión en la dentición temporal. Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal con niños de ambos sexos, de 30 a 48 meses, que atendieron a un programa odontológico para la atención materno infantil. Las madres cumplimentaron un cuestionario sobre la forma (lactancia materna exclusiva o no) y duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva de sus hijos y su información sociodemográfica. La prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher y la regresión de Poisson se realizaron para el análisis estadístico. Resultados: 45 por ciento de los 252 niños evaluados tenían maloclusión, como mordida abierta anterior (13,6 por ciento), mordida cruzada posterior (3,6 por ciento), mordida cruzada anterior (2,8 por ciento), desplazamiento de la línea media (21,5 por ciento), sobremordida (19,8 por ciento) y sobrepase (32,9 por ciento). Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva durante menos de seis meses tuvieron una prevalencia 50 por ciento más alta de mordida abierta anterior ($P = 0,009$) en comparación con aquellos que tuvieron lactancia materna exclusiva durante más de seis meses. Conclusión: Lactancia materna exclusiva durante menos de seis meses se asoció con mordida abierta anterior. Los otros tipos de

maloclusión no se asociaron con el tiempo y el tipo de alimentación que recibieron los niños en la fase temprana de la dentición temporal.

- **Ámbito nacional**

Durand (24) investigó sobre la “Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años”. La finalidad fue establecer la influencia de la lactancia materna en la prevención de las maloclusiones en niños de 3 a 5 años en la Institucion Educativa Inicial República Helénica ubicada en San Juan de Lurigancho, 2018. Resultados: la gran mayoría un número de 60 niños no presentaron maloclusión con un porcentaje de (50 %) y tuvieron lactancia materna exclusiva; seguido de los que presentaron maloclusión y tuvieron lactancia mixta en un número de 34 niños con un porcentaje de (28,3 %); también presentaron maloclusión y tuvieron lactancia de biberón en 16 niños con un porcentaje de (13,3 %). Conclusión :la mayoría los niños no presentaron maloclusión y presentaron lactancia materna exclusiva.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Lactancia

2.2.1.1. Definición

Su significado es amamantar o mamar. En el primer periodo de vida de los seres humanos ocurre a los seis meses en la cual se alimentan exclusivamente de leche. (25).

La composición de la leche materna es de: 81.1 % de agua, 7,0 % de lactosa, 3,8 % de grasas, 0,9 % de proteínas y 0,2 % de otros compuestos. (26).

Tipos de Lactancia

- Lactancia Materna Predominante
- Lactancia Materna Exclusiva
- Alimentación Complementaria
- Lactancia Artificial (Biberón)
- Lactancia Mixta. (27).

2.2.1.2 Lactancia materna exclusiva

Durante los primeros meses de vida la leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé y se adapta en cada momento a sus necesidades. El Bebé necesita de los nutrientes para su adecuado crecimiento y desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría (28) recomiendan la leche materna exclusiva como alimentación hasta los 6 meses y después se debe complementar en forma progresiva con otros alimentos hasta los 2 años o más.

La lactancia materna es importante para el bebé favorece un óptimo desarrollo, fisiológico, inmunológico, psicológico y cerebral. La leche materna del seno materno es higiénica y a una temperatura adecuada. Para la madre le ayuda a recuperarse tras el parto con la contracción del útero disminuyendo la pérdida de sangre y por consecuencia la posibilidad de anemia. Para ambos el amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo que dura toda la vida de tal manera que el niño se siente querido, seguro, acompañado y ayuda a la madre en su crecimiento personal.(28)

2.2.1.3. Ordeñado del pecho materno

Una vez que el niño nace de parto natural, se pone en funcionamiento su sistema neurológico y fisiológico para su sobrevivencia.

Cuando se ordeña el seno los músculos orbiculares de los labios los que inician el primer estímulo biomecánico. En el ordeñado se activan los músculos de la lengua, los masticadores, de la mímica, los suprahiodeos, los infrahiodeos, de la laringe, de la faringe y los de la columna (porción posterior). Con estos músculos se realiza la apertura de la boca, propulsión mandibular, elevación y retrusión de la mandíbula.

La consecuencia del ordeñamiento, los músculos masticadores presentan una tonicidad y crecimiento mandibular adecuado, coordinación

cóndilo/disco, adecuada anatomía de la cavidad articular y potenciación de estructuras como ligamentos y cápsulas, que afectan al sistema témporo-mandibular. Sin la debida tonicidad la lengua estaría hipotónica mal posicionada, labio inferior flácido y evertido. (29).



Figura 1. *Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua*

Fuente: Ortopedia y Ortodoncia para la dentición decídua (2018, p. 62)

El cartílago secundario condilar de acuerdo con la tracción o compresión altera su velocidad y cantidad de crecimiento mandibular. El ordeñamiento es el factor estimulante para el desarrollo del complejo del sistema estomatognático y de las articulaciones específicamente de los ligamentos de la ATM que si no son estimulados se vuelven hipotónicos

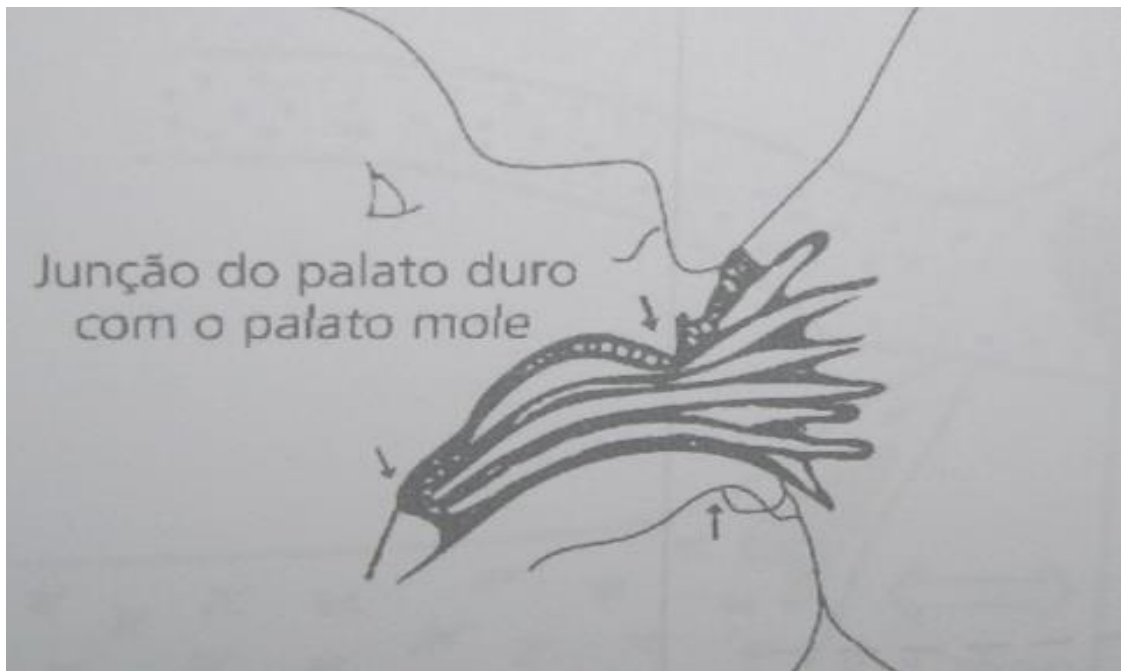


Figura 2. *Trípode funcional: abertura de la boca, aerola y lengua*

Fuente: Ortopedia y Ortodoncia para la dentición decidua (2018, p. 63)

Cuando se realiza el acto de ordeñamiento el niño mantiene los labios cerrados, la lengua ocupa una postura adecuada, desarrolla apropiadamente las funciones del aparato estomatognático (la respiración nasal, deglución) lo cual tiene como consecuencia el crecimiento de las estructuras óseas para que los dientes puedan participar a través de los planos oclusales en las diferentes funciones futuras. (29)

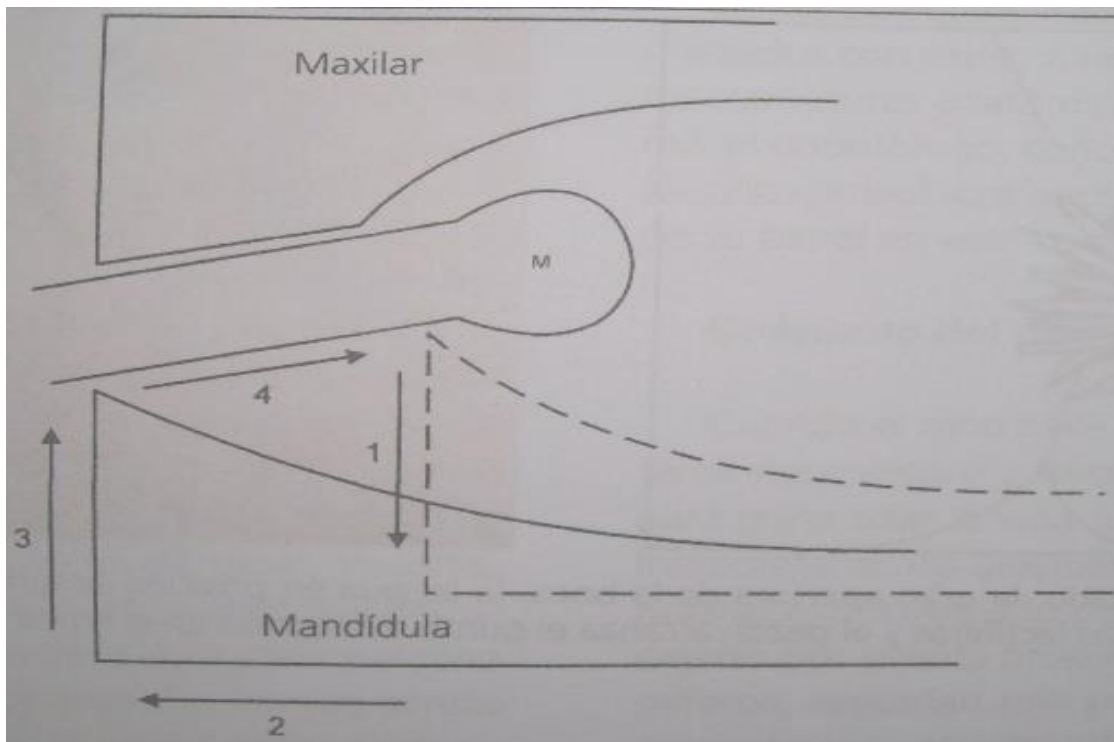


Figura 3. *Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua*

Fuente: Ortopedia y Ortodoncia para la dentición decidua (2018, p. 64)

2.2.1.4. Factores que intervienen en una lactancia no adecuada

Cuando los alimentos no le satisfacen el bebé tratará la forma de procurar su alimento, esto resulta en hábitos que desequilibren al sistema estomatognático.

Estas dificultades son:

- Retrogantismo mandibular, no puede avanzar en forma adecuada los movimientos anteroposteriores.
- Anquiloglosia no se crea el vacío hermético
- Problemas neurológicos en los músculos periorales. (30)

2.2.1.5. Lactancia artificial

Cuando no es posible realizar el amamantamiento natural. Hay evidencia desde tiempos inmemoriales que existían biberones y métodos de alimentación alternativos. En el siglo XIX ya se usaron mediante los biberones de vidrio con mamilas de caucho. (31)

Entre 1977 y 1991 la sociedad europea de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (ESPHANG) definió la fórmula para lactantes artificiales. Este alimento adecuado sustituye parcial o totalmente a la leche humana durante los primeros 4 – 6 meses de vida. La energía que aporta es en un promedio igual a lo que aporta la leche materna (64 – 72 kcal/100 ml) así como los minerales y vitaminas. (32)

Dentro de las ventajas de la lactancia artificial es que involucra al padre en la tarea de la alimentación del bebé, ni se busca un lactario para alimentarlo. La digestión de la leche artificial dura más tiempo que la leche materna (33). Dentro de las desventajas de la lactancia artificial es la forma de las mamilas sea de la forma que fuera, ocasiona alteraciones del sistema estomatognático: la dentición, el paladar y muscular puede también ocasionar retraso en el desarrollo emocional. (34).

A parte de la pérdida del vínculo afectivo madre – niño (28), la preparación y mantenimiento de los preparados de leche artificial así como la esterilización de los biberones y el agua debe estar estéril. (33)

2.2.1.6. Succión del pico del biberón

El chupón o pico del biberón provoca una posición inadecuada de la lengua y termine en una deglución atípica, esta situación conlleva a una sensación de plenitud o llenura en solo unos minutos contrariamente a la alimentación con el amamantamiento natural que dura de media hora a más tiempo.

En estos bebés se observa los músculos bucinadores hipertónicos que presionan a las arcadas en forma lateral provocando su atrésia, la lengua se encuentra flácida e hipotónica esto genera problemas respiratorios y oclusopatías dentro de ellas la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior.

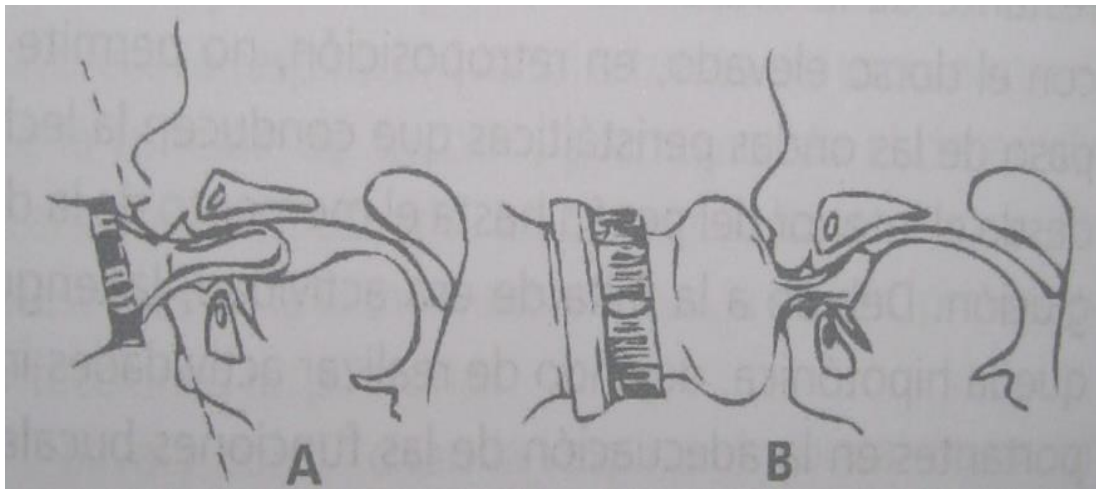


Figura 4. *Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua*

Fuente: Ortopedia y Ortodoncia para la dentición decídua (2018, p. 65)

El ordeñado de la leche del biberón con el tipo de chupón común u ortodóntico se produce a través de la presión negativa. Las diferencias entre el chupón y el pezón materno son: el tamaño del chupón, el flujo de leche, el área que rodea al chupón y movimiento muscular. (29)

El uso muy continuado del biberón solo estimula solo a los músculos buccinadores los cuales se hipertrofian hay muy poca activada de los músculos orbiculares de los labios y un 30 % de la musculatura encargada del ordeñamiento. La lengua no desarrolla las ondas peristálticas que trasladan la leche hacia el esófago quedando hipotónica trayendo por consiguiente que los movimientos mandibulares sean de apertura y cierre. (29)

Con el paso del tiempo y la intensidad de la succión sobre el chupón o pico del biberón se producen alteraciones en la estructura ósea, muscular lo que

ocasiona estrechez del paladar disminución de las vías aéreas y que traen como consecuencia oclusopatías y respiración bucal. (29).

2.2.2. Maloclusiones

2.2.2.1. Definición

Las maloclusiones son alteraciones de la estructura o morfología y funcional de todos los estamentos óseos, músculos y dentarios que conforman el aparato estomatognático. Su etiología es de carácter multifactorial como los factores genéticos y medioambientales o combinación de ambas. (35). No solo presenta un factor causal sino varios que se combinan específicamente en el crecimiento y desarrollo cráneo facial que trae como consecuencias alteraciones en los tejidos blandos, maxilares, dientes, y la articulación temporo – mandibular. (36)

La etiología de las maloclusiones se analiza desde el punto de vista:

- Hereditario, en los que los factores son transmitidos de generación en generación a través de los genes los cuales producen alteraciones en los maxilares, músculos y dientes.
- Congénito, se producen en el periodo embrionario y se producen debido a tratamientos médicos o exposiciones de la madre a drogas o déficit de vitaminas desencadenando en anomalías dento-máxilofaciales.
- Alteraciones genéticas, los síndromes son causados por cambios en las estructuras de los cromosomas. (37)
- Etiología adquirida, se dividen en:
 - a) Generales: la Organización Mundial de la Salud desarrolló una guía para la alimentación de los niños menores de dos años en la cual es muy importante la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses proveyendo al niño todos los nutrientes además de estimular el

crecimiento de la mandíbula en sentido pósterior ya que ésta se encuentra retrognática. (27).

b) Locales: se utiliza los criterios de Graber lo cual es la siguiente:

- Anomalías de número
- Anomalías del tamaño del diente
- Anomalías de la forma del diente
- Frenillo labial anormal: barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada
- Erupción tardía de los dientes permanentes
- Trayectoria eruptiva anormal
- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones dentales defectuosas. (38)

Hay otros factores deformantes como la onicofagia, succión labial, succión digital, succión de objetos, mordisqueo de labios u objetos, interposición lingual. También el uso de biberón produce caries, mordida abierta, maloclusión clase II, protrusión superior con diastemas. (37)

La clasificación de las maloclusiones en dentición decidua se ha tomado de acuerdo con el siguiente criterio clínico:

I. Dimensión sagital (dimensión anteroposterior)

- Relación canina primaria: se consideraron tres formas de oclusión:
 - a) Clase I, la punta de la cúspide del canino primario maxilar está en el mismo plano vertical que la superficie distal del canino primario mandibular.
 - b) Clase II, la punta de la cúspide del canino maxilar primario es mesial a la superficie distal del canino primario mandibular.

- c) Clase III, la punta de la cúspide del canino primario maxilar está distal a la superficie distal del canino primario mandibular.
- Relación molar primario: Se consideraron tres formas de oclusión:
 - a) Plano terminal al ras, las superficies distales de los molares segundo primario maxilar y mandibular se encuentran en el mismo plano vertical.
 - b) Plano terminal Distal, la superficie distal del segundo molar primario mandibular es distal al del segundo molar primario maxilar.
 - c) Plano terminal mesial, la superficie distal del segundo molar primario mandibular es mesial al del segundo molar primario maxilar.
- Overjet: la distancia a lo largo de un plano horizontal entre el borde incisal de la superficie labial del incisivo central mandibular y el borde incisal de la superficie labial del incisivo central maxilar colocado labialmente.
- Mordida cruzada anterior: cuando uno o más de los incisivos superiores ocluido lingual a los incisivos mandibulares.

II. Dimensión vertical

- Mordida abierta anterior: La distancia vertical entre el borde incisal de los incisivos centrales maxilar y mandibular.
- Sobremordida: Superposición vertical entre el borde incisal del incisivo central superior y el borde incisal del incisivo central mandibular.

III. Dimensión transversal (dimensión de lado a lado, es decir, ancho del arco)

- Mordida cruzada posterior bilateral: Cuando uno o más de los caninos o molares maxilares primarios ocluidos lingual a las cúspides bucales de los dientes mandibulares opuestos de ambos lados.

- Mordida cruzada posterior unilateral: Cuando uno o más de los caninos o molares maxilares primarios ocluidos lingual a las cúspides bucales de los dientes mandibulares opuestos de un solo lado. (18, 39)

2.2.3. Hábitos de succión no nutritivos

2.2.3.1. Definición

El niño exhibe muchos reflejos durante los primeros meses de vida, como es el reflejo de succión; estos reflejos presentes en el momento del nacimiento algunos desaparecen al cuarto mes y otras se convierten en voluntarias (agarrar) y otras continuarán como reflejos durante toda la vida (reflejo rotuliano). La succión es un acto reflejo que empieza su desarrollo a partir del quinto mes de vida intrauterina y se completa a la semana treinta y dos. Al cuarto mes se vuelve voluntario. (40)

Hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto, será menos consciente el acto con cada repetición y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción inconsciente, los hábitos de la cavidad oral son muchos de ellos características propias de cada individuo y otros han sido adquiridos. (42)

Los malos hábitos actúan como patrones neuromusculares atípicos que pueden desarrollar maloclusiones debido a las alteraciones que causan, en la posición de los dientes, lo cual desencadena cambios en las estructuras del aparato estomatognático, ya que introducen fuerzas extrañas, éstas pueden tener un origen fisiológico; emocional o aprendido y están determinadas, por la frecuencia, intensidad, duración y el objeto utilizado, así como la edad del paciente en el momento de la instalación del mal hábito. (43)

Investigaciones indican que los hábitos de succión no nutritivos (HSNN), como el uso de chupón, succión digital, succión de objetos y succión de labios, entre otros, pueden ser responsables de alguna de las maloclusiones en infancia

temprana, tales como; mordida abierta anterior, overjet aumentado y mordida cruzada posterior. (44)

2.2.3.2. Clasificación

- Instintivos: son funcionales al principio pero luego se vuelven perjudiciales. Ejemplo el hábito de succión
- Placenteros: Algunos hábitos se tornan placenteros. Ejemplo la succión digital o del chupón.
- Defensivos: los hábitos se convierten en defensivos por diversas circunstancias. Ejemplo en pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. la respiración bucal se torna en un hábito defensivo.
- Hereditarios: malformaciones congénitas de tipo hereditario, como las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida pueden desencadenar un hábito.
- Adquiridos: después de ser intervenidos quirúrgicamente, los pacientes aun manifiestan fonación nasal produciendo alteración de fonemas.
- Imitativos: los niños de muy corta edad imitan a las personas mayores como en la forma de colocar los labios y la lengua al hablar, producen gestos, muecas, etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas. (45).

La succión según la presencia de líquido presenta dos tipos:

- Succión nutritiva: mediante la cual el niño se alimenta específicamente ocurre en presencia de la leche materna.
- Succión no nutritiva: en su acción descoordinada con la deglución no está relacionada con la alimentación del niño, pero ayuda en el desarrollo de la succión nutritiva. (46).

2.2.3.3. Clasificación de los hábitos de succión no nutritivos

Los hábitos de succión no nutritiva se clasifican en:

– Succión digital

Se configura con el hábito de succionar un dedo de la mano y puede ser durante el día o la noche ejerciendo presión en forma intermitente o continua y relacionada con los estados de ansiedad o inestabilidad emocional (47). Subtelny categoriza la posición del dedo en cuatro:

- a) El pulgar ocupa gran parte del paladar duro hasta traspasar la primera falange distal, entrando en contacto con la mucosa palatina. El incisivo inferior es presionado por el pulgar.



A 50%

Figura 5. *Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo*

Fuente: Subtelny D. hábitos orales: estudio de formación, función y terapia 1973.

- b) El pulgar no traspasa la primera falange distal, no entra en contacto con la mucosa palatina. Los incisivos inferiores están en contacto con el pulgar.



B 24%

Figura 6. *Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo*

Fuente: Subtelny D. hábitos orales: estudio de formación, función y terapia 1973.

- c) El pulgar se introduce en forma completa a la cavidad oral hasta la falange proximal, toca la mucosa palatina. Pero el incisivo inferior no contacta con el pulgar durante la succión.



C 18%

Figura 7. *Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo. Cada uno representa el porcentaje del dedo*

Fuente: Subtelny D. hábitos orales: estudio de formación, función y terapia 1973.

- d) El pulgar no penetra en la cavidad oral, solo lo realiza hasta el nivel de la uña. (48)

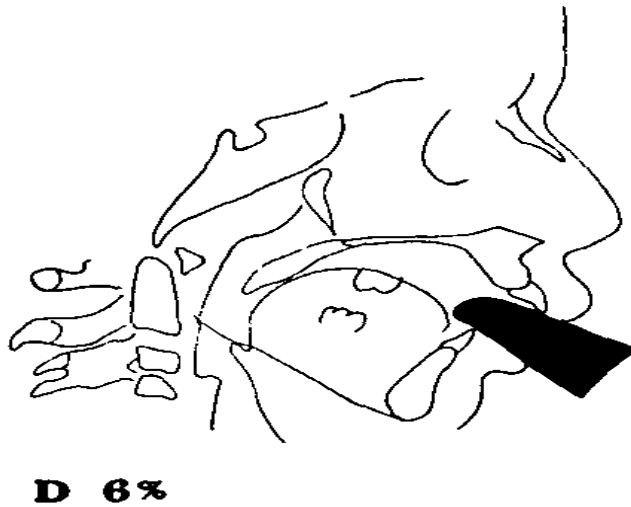


Figura 8. Trazados de la cineradiografías durante el acto de chuparse el dedo.
Cada uno representa el porcentaje del dedo

Fuente: Subtelny D. hábitos orales: estudio de formación, función y terapia 1973.

2.2.3.4. Succión labial

Labio inferior situado por detrás de las caras palatinas de los incisivos superiores y por delante de las caras vestibulares de los incisivos inferiores. Esta posición anómala del labio inferior está relacionada con la hipertonia del músculo borla del mentón. Este mal hábito va provocar alteraciones como una vestibularización de los incisivos superiores, una lingualización de los incisivos inferiores e impidiendo el desarrollo sagital de la mandíbula (retrognatismo mandibular), labio superior hipotónico, labio inferior hipertónico, mordida profunda. (49).

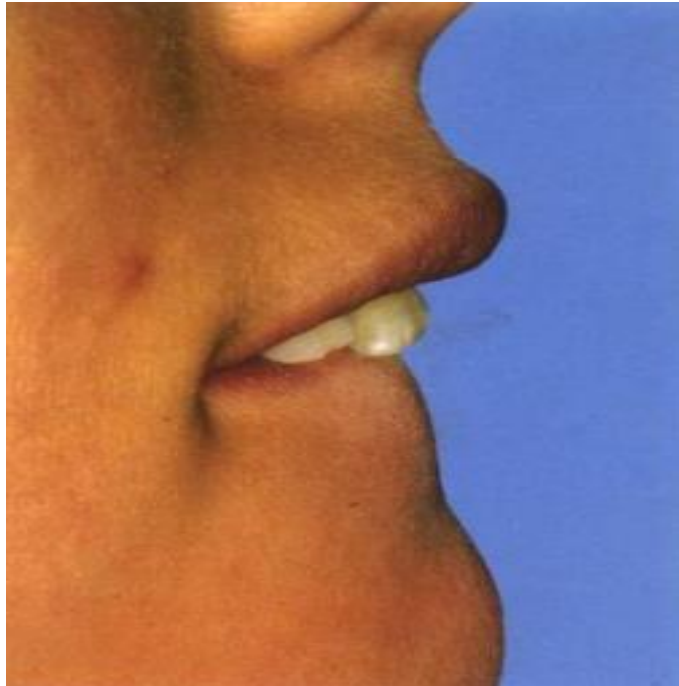


Figura 9. *Trípode funcional: apertura de la boca, aerola y lengua*

Fuente: Racosi T, Jonas I. Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico.

2.2.3.5. Uso del chupón

La succión no nutritiva se inicia desde el periodo fetal y persiste hasta el primer año. Los primeros meses el neonato tiene una excesiva necesidad de succión. El uso del chupón se equipara como un objeto reconfortante para el bebé ya que la madre no puede ofrecer el seno en todo momento. Debe evitarse más bien entregar el chupón cuando el niño este llorando. También se ha publicado innumerable literatura que el uso del chupón previene el síndrome de muerte súbita del lactante. (50)

Pero el uso del chupete trae riesgos y uno de ellos es implantación de maloclusiones dentarias como la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior, esta última si se prolonga el uso del chupón más de 36 meses. La posición del chupete en boca ocasiona que la lengua se desplace sobre la

mandíbula ocasionando una discinesia de los músculos orbiculares y el buccinador. Esta alteración trae como consecuencia un aumento de la distancia transversal de la mandíbula y un acortamiento de dicha distancia en el maxilar. Asimismo, provoca hipertrofia del tejido linfóide lo cual ocasiona que el niño tenga una respiración oral. (50).

2.2.4. Uso del biberón

En la actualidad y las múltiples labores de los padres en sus trabajos, la madre realiza un destete precoz del bebé ocasionando problemas personales, sociales y médicos optando por la lactancia artificial con biberón. La mandíbula no realiza el movimiento pósterior – anterior lo cual produce su crecimiento. El biberón con tetina normal la punta de la lengua la presiona contra el paladar tampoco en la deglución la lengua realiza los movimientos peristálticos porque se encuentra en una posición baja. (51).

El niño/a una vez que ha satisfecho su hambre, necesita seguir succionando para alcanzar su satisfacción emocional pero la madre tiene la tendencia retirarle el seno ante la primera señal de plenitud alimentaria, por este motivo que el bebé necesita del biberón para alcanzar su satisfacción psicoemocional, a la vez hay un porcentaje de bebés que no necesitan seguir ordeñando el seno materno satisfaciendo los dos tipos de hambre (orgánico y psicológico).

Una vez instalado el hábito de succión por biberón se puede esperar su tratamiento hasta la fase de dentición mixta primera etapa. La terapéutica en este caso es la psicológica antes que la aparatología, esto debido a los traumas psicoemocionales. (52)

Hay propuestas como por ejemplo de aumentar el volumen del bulbo a medida que el niño crece, lo cual está contraindicado y es mejor dejar el bulbo pequeño. Llegará el momento en que el biberón será desagradable y el niño por

instinto lo dejará. Se recomienda que todo hábito de succión debe ser transferido para el biberón y luego será más favorable su remoción. (52)

El cambio de dieta líquida a blanda ocasiona que la succión fuera reemplazada por la de masticación. (52)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Lactancia:
Es el proceso de una madre de alimentar a su hijo recién nacido a través de la leche que emana sus senos.
- Maloclusión:
Alteración del crecimiento óseo de los maxilares y posición de los dientes que impiden la función del sistema estomatognático además de alterar la estética.
- Hábitos de succión no nutritiva:
Se denominan a aquellos que no cumplen con la finalidad de alimentación sino que buscan un placer en el instinto primario de la succión.

CAPÍTULO III

MARCO FILOSÓFICO

La cuna epistémica es el positivismo ya que las variables se desenvuelven en un contexto de la realia, existe un interés del investigador por conocer la realidad existente, con respecto a las variables de estudio, como son: los factores internos y el cumplimiento de metas y/o indicadores para la reducción de la anemia y desnutrición de Tacna en 2017-2018.

Por tanto, la metodología se fundamenta en el tipo de investigación básica, cuyo diseño es no experimental y longitudinal. En el plano ontológico particularmente, representa la concepción que tiene el invesitgador sobre su realidad, entendida como expresión de amplios pensamientos y cosmovisiones que integran la conciencia de los sujetos. Desde la perspectiva ontológica la realidad existe, como problema en la salud pública y siendo un fenómeno social, donde intervienen personas y entes públicos que buscan mejorar la calidad de vida de las personas, a través del fortalecimiento de la salud pública.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Tipo de investigación

Se considera de tipo básica. Se realizó determina un estudio correlacional, retrospectivo de acuerdo con el período de ocurrencia de los hechos.

- **Diseño de investigación**

Fue una investigación no experimental y transversal.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

- **Población**

Estuvo constituida por 98 pacientes niños de 3 a 6 años atendidos en el consultorio del centro de salud San Francisco de Tacna en 2019.

- **Muestra**

Para hallar la muestra, se aplicó la siguiente fórmula:

n = muestra

p = probabilidades a favor (50)

q = probabilidades en contra (50)

z = nivel de confianza (tabla: 95 %)

e = error de muestra(0,05)

$$n = e^2 \cdot p \cdot q$$

Lo cual una vez aplicada la fórmula equivalió a 100 pacientes.

- a) Criterios de inclusión

- Niños cuyos padres aceptan participar y responder a la encuesta relacionado a la lactancia y hábitos orales que fueron parte del estudio.
- Pacientes niños de ambos sexos de 3 a 6 años de edad en la fase de dentición decidua con número, tamaño y forma normales de los dientes.
- Pacientes que sufran algún síndrome, enfermedades sistémicas o neurológicas

b) Criterios de exclusión

- Niños cuyos padres no deciden participar del estudio.
- Niños que presenten síndromes, alteraciones o malformaciones craneofaciales.
- Niños que presenten pérdidas prematuras de piezas dentarias deciduas

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Variable Independiente:** Lactancia

Definición conceptual

Es el proceso de una madre de alimentar a su hijo recién nacido a través de la leche que emana sus senos. Forma de alimentar con leche ()

- **Variable dependiente ::** Maloclusión

Definición conceptual

Gravedad de cualquier modificación en las relaciones oclusales normales. Alteración del crecimiento óseo de los maxilares y posición de los dientes que impiden la función del sistema estomatognático además de alterar la estética ().

- **Variable interviniente**

Variable : Persistencia de la conducta de succión

Definición conceptual

Persistencia de la conducta de succión. Se denominan a aquellos que no cumplen con la finalidad de alimentación, sino que buscan un placer en el instinto primario de la succión ().

– Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Categorías	Escala	
Variable independiente Lactancia	Tipo de alimentación	Exclusiva Mixta	Nominal	
	Meses de lactancia recibida	Artificial < 6 meses > 12 meses		
Variable dependiente Maloclusión	Armonía oclusal respecto al plano transversal	(1) Normal	Nominal	
		(2) Unilateral		
		(3) Bilateral		
		(1) Normal		
		(2) Mordida Abierta Anterior		
		(3) Mordida Profunda		
		(1) Clase I Bilateral		
		(2) Clase I derecha – Clase II izquierda		
		(3) Clase I izquierda – Clase II derecha		
		(4) Clase II Bilateral		
Armonía oclusal respecto al plano sagital	(5) Clase II izquierda – Clase III derecha			
	(6) Clase II derecha – Clase III izquierda			
	(7) Clase III Bilateral			
	(8) Clase III izquierda – Clase I derecha			
	(9) Clase III derecha – Clase I izquierda			
	(10) Mordida Cruzada Anterior			
	Variable interviniente Succión no nutritiva	Conducta de succión de objetos o parte del cuerpo	Si	Nominal
			No	

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

– **Técnicas de recolección de datos**

Entrevista: se realizó preguntas a la madre sobre la edad del niño, pregunta sobre ella misma, que tipo de lactancia tuvo hasta que edad y si tiene un hábito de succión no nutritiva.

Observación: a través de un examen clínico intraoral, cuyos resultados se plasmaron en una ficha de recolección de datos sobre el tipo de maloclusión.

– **Instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó el instrumento de recolección de datos fue elaborado por Mesquita Lopes (). El instrumento fue validado en la tesis cuyo tenor es relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años.

– **Guía de análisis documental**

Se utilizó como instrumento la guía de análisis documental para evaluar los informe de verificación del cumplimiento de metas e indicadores, emitidos por la Dirección Regional de Salud.

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos se vaciaron en una tabla matriz. Posteriormente, se procedió a crear una base de datos informatizadas, con el paquete estadístico SPSS 17.

Primero se organizaron los datos en tablas y gráficas, usando estadística descriptiva, hallando frecuencias y porcentajes; además se empleó la prueba estadística de Chi – cuadrado y para la comparación entre grupos se utilizaron los cálculos de odds ratio (OR).

Posteriormente, se utiliza las tablas de distribución de frecuencia en base a variables, dimensiones e indicadores, redactando la interpretación de las tablas. Para la contrastación de la hipótesis se consideró la estadística inferencial, en este caso la prueba estadística Chi^2 .

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Este capítulo tiene como finalidad presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis. Luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados;

Tabla 1. *Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años*

	N°	%
Si	44	44,9
No	54	55,1
Total	98	100,0

Fuente : base de datos

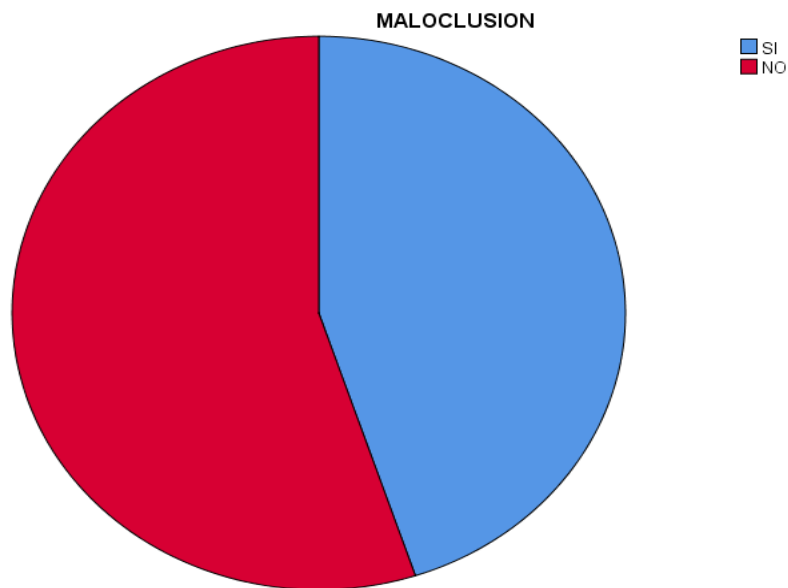


Figura 10. *Frecuencia de maloclusiones en niños de 3 a 6 años*

Fuente: base de datos

Interpretación

La mayor frecuencia de las maloclusiones transversales representa a 44 con un porcentaje de 44,9 % de un total de 98 niños.

Tabla 2. Frecuencia de tipos de maloclusión en niños de 3 a 6 años

		N°	%
Maloclusión transversal	Normal	94	95,92
	Unilateral	4	4,08
	Bilateral	0	0,0
	Total	98	100
Maloclusión vertical	Normal	72	73,5
	MAA	4	4,1
	MP	22	22,4
	Total	98	100,0
	Clase I Bilateral	76	77,6
	Clase I derecha y Clase II izquierda	6	6,1
	Clase I izquierda y Clase II derecha	2	2,5
	Clase II Bilateral	2	2,5
	Clase II izquierda y Clase III derecha	0	0,0
	Clase III Bilateral	0	0,0
Maloclusión sagital	Clase III derecha y Clase I izquierda	0	0,0
	Clase III izquierda y Clase I derecha	6	6,1
	Mordida Cruzada Anterior	6	6,1
	Total	98	100,0
	Línea media	Centrada	80
Desviada		18	18,4
Total		98	100,0

Fuente: base de datos

Interpretación

La frecuencia de las maloclusiones transversales es a nivel de la dimensión unilateral con 4 de un total de 98 pacientes niños. Las maloclusiones verticales presentan una mayor frecuencia con las mordidas profundas con 22 con un porcentaje de 22,4 %, seguida de la mordida abierta con 4 con un porcentaje de 4,1 %. Mientras las maloclusiones sagitales presentan una mayor frecuencia a nivel de la relación canina lado derecho clase III izquierda y clase I derecha y la mordida cruzada anterior ambos con 6 unidades lo cual representa un porcentaje de 6,1 % y con una menor frecuencia la relación canina clase I izquierda y clase II derecha, con la relación canina clase II bilateral ambos con 2 unidades representando un porcentaje de 2,5 %. Con relación a la línea media

centrada se tiene una frecuencia de 80 con un porcentaje de 81,6 % y la línea media desviada una frecuencia de 18 con un porcentaje de 18,4 %.

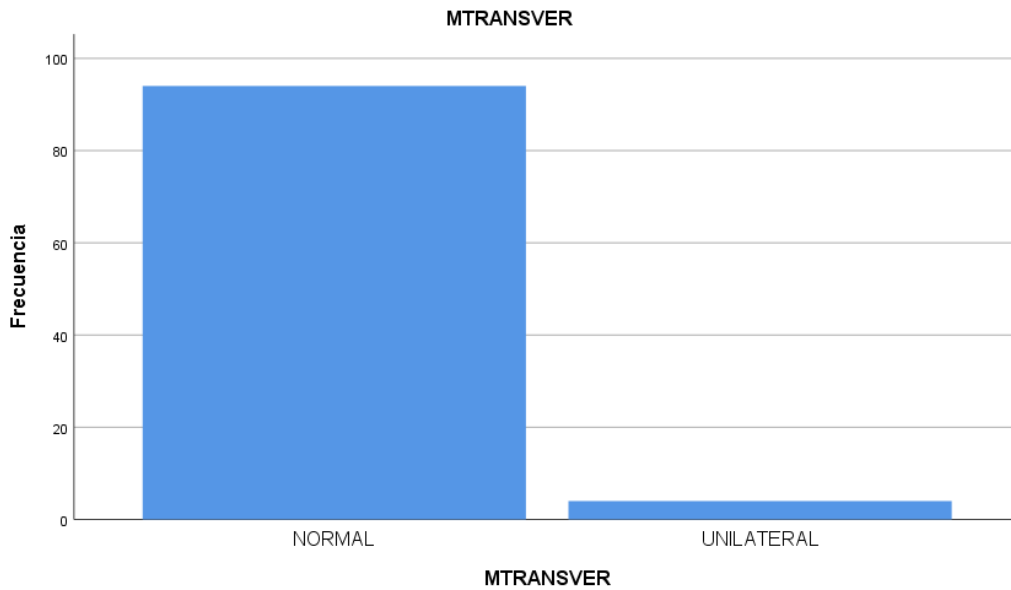


Figura 11. *Maloclusiones transversales*

Fuente: base de datos

Interpretación

La frecuencia de las maloclusiones transversales es a nivel de la dimensión unilateral con 4 de un total de 98 pacientes niños.

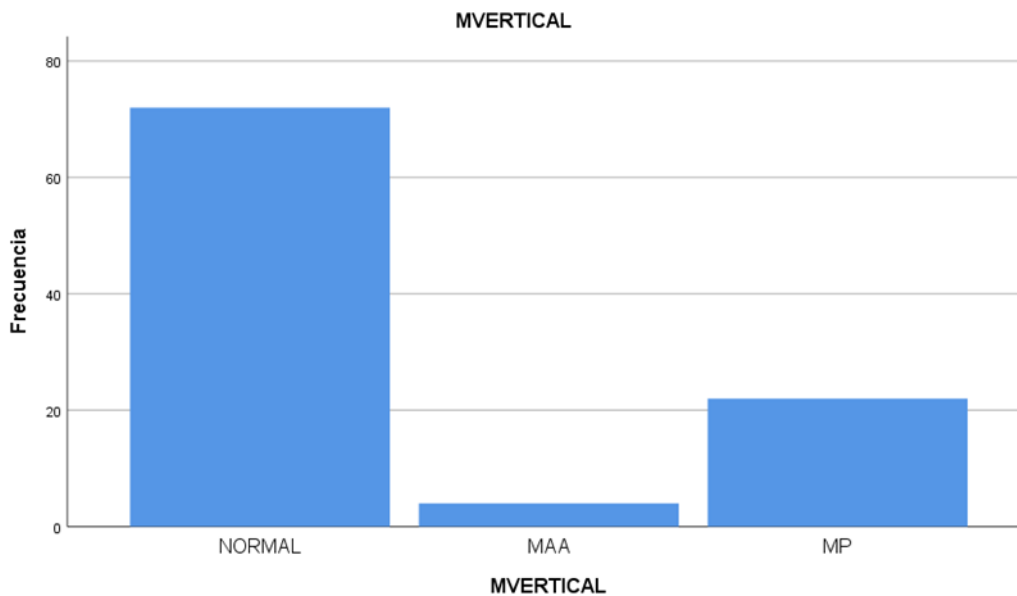


Figura 12. *Maloclusiones verticales*

Fuente: base de datos

Interpretación

Las maloclusiones verticales presentan una mayor frecuencia con las mordidas profundas con 22 con un porcentaje de 22,4%, seguida de la mordida abierta con 4 con un porcentaje de 4,1 %.

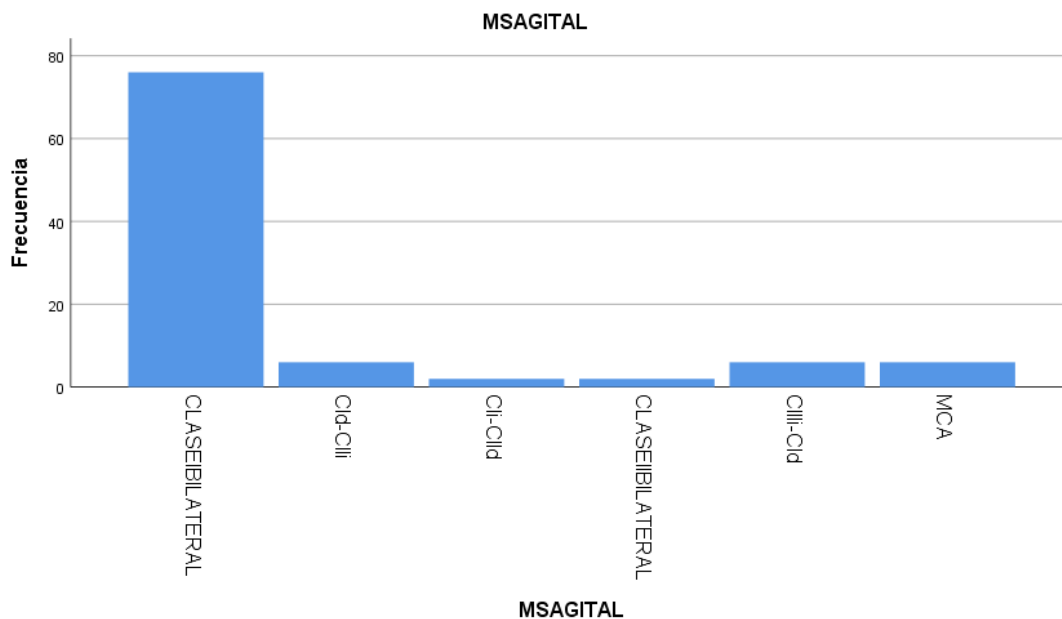


Figura 13. Maloclusiones sagitales

Fuente: base de datos

Interpretación

Las maloclusiones sagitales presentan una mayor frecuencia a nivel de la relación canina lado derecho clase III izquierda y clase I derecha y la mordida cruzada anterior ambos con 6 unidades lo cual representa un porcentaje de 6,1 % y con una menor frecuencia la relación canina clase I izquierda y clase II derecha, con la relación canina clase II bilateral ambos con 2 unidades representando un porcentaje de 2,5 %.

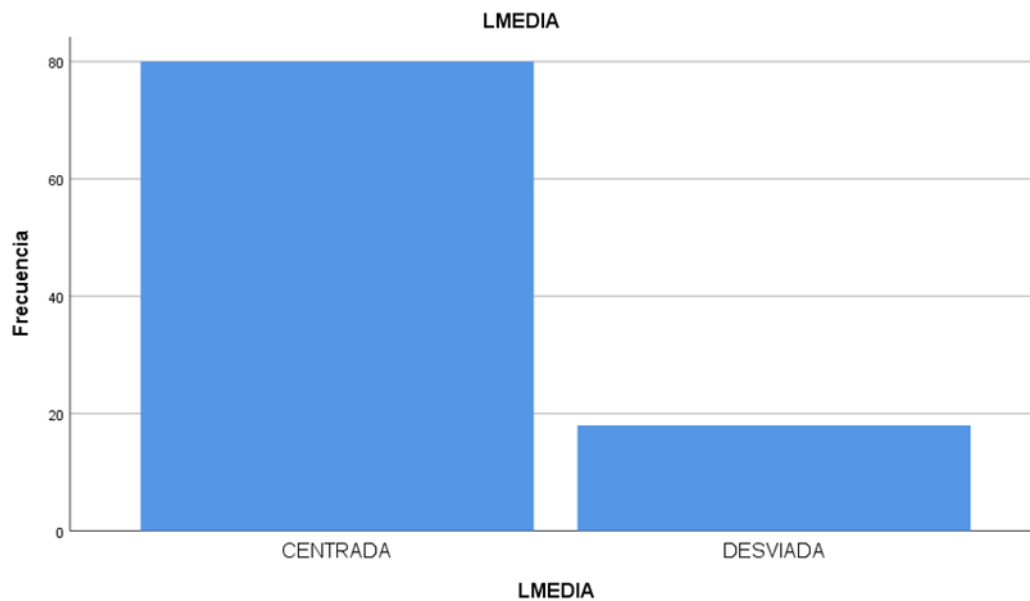


Figura 14. *Línea media*

Fuente: base de datos

Interpretación

Con relación a la línea media centrada se tiene una frecuencia de 80 con un porcentaje de 81,6 % y la línea media desviada una frecuencia de 18 con un porcentaje de 18,4 %.

Tabla 3. Frecuencia según tipos de lactancia

	N° =98	%=100
Lactancia materna exclusiva		
Si	62	63,3
No	36	36,7
Lactancia de biberón		
Si	2	2,0
No	96	98,0
Lactancia mixta		
Si	34	34,7
No	64	65,3

Fuente: base de datos

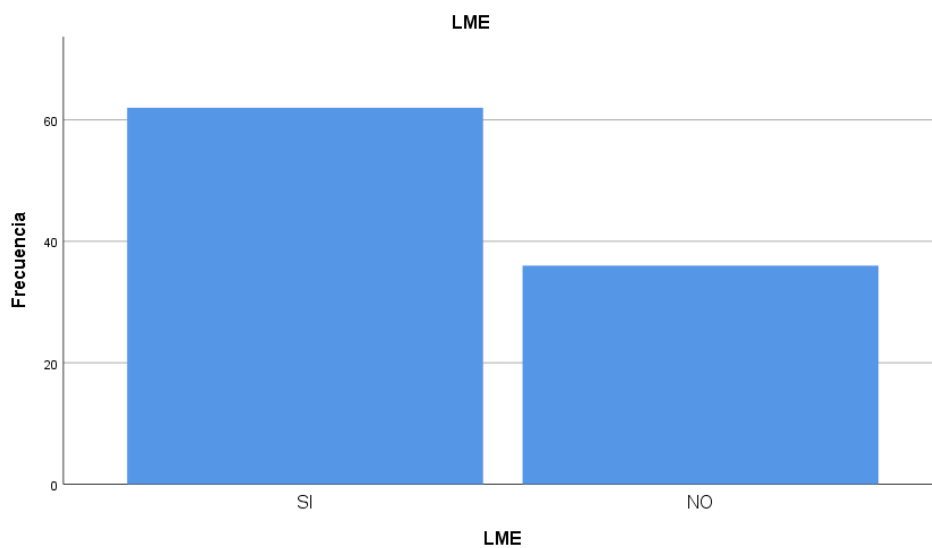


Figura 15. Lactancia materna exclusiva

Fuente: base de datos

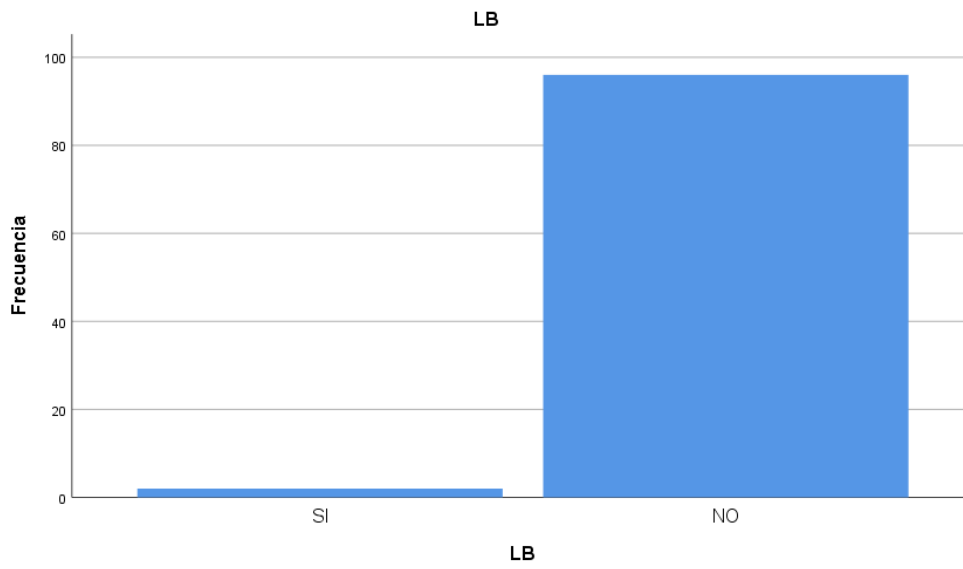


Figura 16. *Lactancia con biberón*

Fuente: base de datos

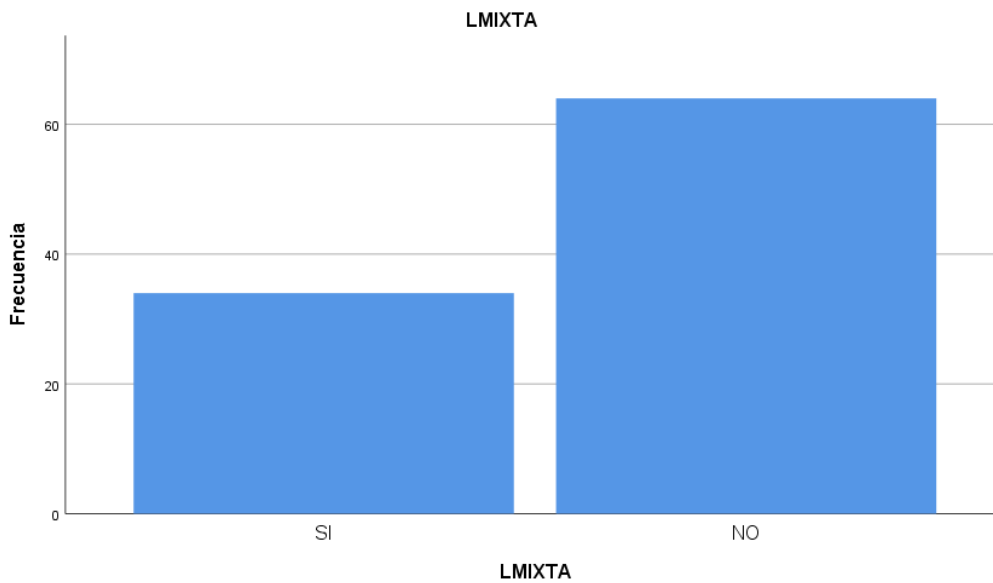


Figura 17. *Lactancia mixta*

Fuente: base de datos

Interpretación

La frecuencia entre los tipos de lactancia se distribuye de la siguiente manera: la lactancia materna exclusiva tuvo una frecuencia de 62 niños con un porcentaje de 63,3 %, la lactancia con biberón tiene una frecuencia de dos niños con un porcentaje de 2 % y la lactancia mixta con una frecuencia de 34 niños con un porcentaje de 34,7 %.

Tabla 4. *Frecuencias según el tiempo de lactancia*

	N°	%
< 6	4	4,1
>6 – 12 <	94	95,9
Total	98	100,0

Fuente: base de datos

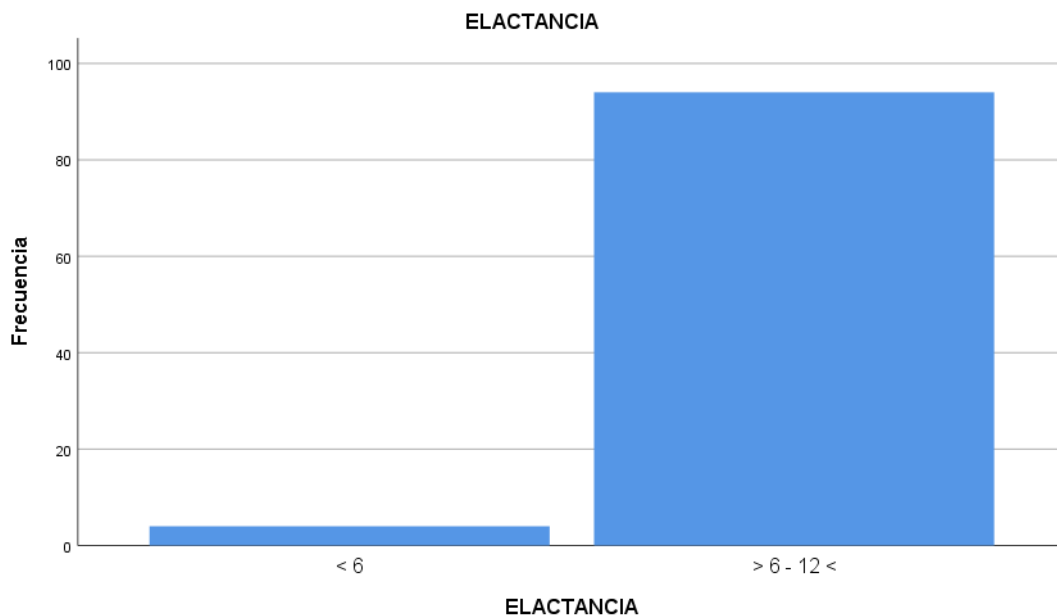


Figura 18. *Frecuencias según el tiempo de lactancia*

Fuente: base de datos

Interpretación

La frecuencia de la lactancia de acuerdo con el tiempo representa a cuatro pacientes con 4,1 % de porcentaje con un rango menor de seis meses y 94 pacientes con un rango de mayor de 6 meses y menor de 12 meses con un porcentaje de 95,9% de un total de 98 niños.

Tabla 5. Relación de los tipos de maloclusión y lactancia materna exclusiva

		Si		No		OR	IC 95%	p-valor
		N°	%	N°	%			
	Normal	60	96,8	34	94,4			
Relación transversal	Maloclusión en relación transversal	2	3,2	2	5,6	1,77	0,24 – 13,1	0,574
	Total	62	100	36	100			
Desviación de la línea media	Normal	52	83,9	28	77,8			
	Maloclusión en relación línea media	10	16,1	8	22,2	1,49	0,53 – 4,19	0,453
	Total	62	100	36	100			
Relación vertical	Normal	46	74,2	26	72,2			
	Maloclusión en relación vertical	16	25,8	10	27,8	1,11	0,44 – 2,79	0,831
	Total	62	100	36	100			
Relación sagital	Normal	50	80,6	20	72,2			
	Maloclusión en relación sagital	12	19,4	10	27,8	1,6	0,61 - 4,2	0,335
	Total	46	74,2	26	72,2			

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 5, se evidencia de los resultados, que no hubo una relación significativa entre la lactancia materna exclusiva con los distintos tipos de maloclusión (Relación transversal OR = 1,77; IC 95% = 0,24 – 13,1; p = 0,574; Relación Vertical OR = 1,11; IC 95% = 0,44 – 2,79; p = 0,831; Relación sagital OR = 1,6; IC 95% = 0,61 – 4,2; p = 0,335; Línea media OR = 1,77; IC 95% = 0,24 – 13,1; p = 0,574; Desviación de la línea media OR = 1,49; IC 95% = 0,53 – 4,19; p = 0,453.

Tabla 6. Relación de los tipos de maloclusión y lactancia con biberón

		Si		No		OR	IC 95%	p-valor
		N°	%	N°	%			
	Normal	2	100	92	95,8			
Relación transversal	Maloclusión en relación Transversal	0	0	4	4,2	0,98	0,95 – 1,01	0,768
	Total	2	100	96	100			
	Normal	0	0	80	83,3			
Desviación de la línea media	Maloclusión en relación línea media	2	100	16	16,7	1,13	0,96 – 1,33	0,003
	Total	2	100	96	100			
	Normal	0	0	72	75			
Relación vertical	Maloclusión en relación vertical	2	100	24	25	1,08	0,97– 1,21	0,017
	Total	2	100	96	100			
	Normal	0	0	76	79,2			
Relación sagital	Maloclusión en relación sagital	2	100	20	20,8	1,1	0,96 - 1,26	0,008
	Total	2	100	96	100			

Fuente: base de datos

Interpretación

Los resultados de la Tabla 6, evidencian que hubo una relación significativa entre la lactancia con biberón con la maloclusión en relación sagital OR = 1,1; IC 95% = 1 – 1,26; p = 0,008; la maloclusión en relación vertical OR = 1,08; IC 95 % = 1 – 1,26; p = 0,017; Línea Media OR = 1,13; IC 95 % = 1 – 1,33; p = 0,003, de acuerdo con los intervalos de confianza superior e inferior indica un factor de riesgo.

Tabla 7. Relación de los tipos de maloclusión y lactancia mixta

		Si		No		OR	IC 95%	p-valor
		N°	%	N°	%			
Relación transversal	Normal	32	94,1	62	96,9			
	Maloclusión en relación Transversal	2	5,9	2	3,1	0,52	0,07 – 3,84	0,511
	Total	34	100	64	100,0			
Desviación de la línea media	Normal	26	76,5	54	84,4			
	Maloclusión en relación línea media	8	23,5	10	15,6	0,6	0,21 – 1,7	0,336
	Total	34	100,0	64	100,0			
Relación vertical	Normal	24	70,6	48	75,0			
	Maloclusión en relación vertical	10	29,4	16	25,0	0,8	0,32– 2,03	0,638
	Total	34	100,0	64	100,0			
Relación sagital	Normal	24	70,6	52	81,3			
	Maloclusión en relación sagital	10	29,4	12	18,7	0,56	0,21 - 1,46	0,008
	Total	34	100,0	64	100,0			

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 7 los resultados se indica que hubo una relación significativa entre la lactancia mixta y la maloclusión en relación sagital $p = 0,008$ pero el intervalo de confianza como factor ambiguo $OR = 0,56$; $IC\ 95\% = 0,21 - 1,46$.

Tabla 8. Relación de los tipos de maloclusión y el tiempo de lactancia

		< 6		> 6 -12<		OR	IC 95%	p-valor
		N°	%	N°	%			
Relación transversal	Normal	4	100,0	90	95,7			
	Maloclusión en relación Transversal	0	0,0	4	4,3	0,96	0,92 – 0,99	0,674
	Total	4	100,0	94	100,0			
Desviación de la línea media	Normal	2	50,0	54	84,4			
	Maloclusión en relación línea media	2	50,0	16	17,0	0,21	0,03 – 1,57	0,095
	Total	4	100,0	94	100,0			
Relación vertical	Normal	2	50,0	70	75,0			
	Maloclusión en relación vertical	2	50,0	24	25,0	0,34	0,05– 2,57	0,278
	Total	4	100,0	94	100,0			
Relación sagital	Normal	2	50,0	74	78,7			
	Maloclusión en relación sagital	2	50,0	20	21,3	0,27	0,04 - 2,04	0,178
	Total	4	100,0	94	100,0			

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 8, según los resultados se evidencia que no hubo una relación significativa entre el tiempo de lactancia con los distintos tipos de maloclusión.

Tabla 9. Relación entre los tipos maloclusión y los hábitos de succión no nutritivos

		Si		No		OR	IC 95%	p-valor
		N°	%	N°	%			
Relación transversal	Normal	28	100,0	66	94,3			
	Maloclusión en relación Transversal	0	0,0	4	5,7	0,7	0,62 – 0,8	0,197
	Total	28	100,0	70	100,0			
Desviación de la línea media	Normal	18	64,3	62	88,6			
	Maloclusión en relación línea media	10	35,7	8	11,4	0,23	0,08 – 0,68	0,005
	Total	28	100,0	70	100,0			
Relación vertical	Normal	18	64,3	54	77,1			
	Maloclusión en relación vertical	10	35,7	16	22,9	0,53	0,21– 1,38	0,278
	Total	28	100,0	70	100,0			
Relación sagital	Normal	20	71,4	56	80			
	Maloclusión en relación sagital	8	28,6	14	20	0,63	0,23 - 1,71	0,36
	Total	28	100,0	70	100,0			

Fuente: base de datos

Interpretación

En la Tabla 9, se aprecia que hubo una relación significativa entre los hábitos de succión no nutritiva con la Desviación de la línea media OR = 0,23; IC 95% = 0,08 – 0,68; p = 0,005, lo cual de acuerdo con los intervalos de confianza superior e inferior nos da un factor de protección..

Tabla 10. Relación entre los tipos de lactancia y los hábitos de succión no nutritivos

		Lactancia materna exclusiva				OR	IC 95%	p-valor
		Si		No				
		N°	%	N°	%			
Hábitos de succión no nutritiva	Si	24	38,7	4	11,1	5,05	1,59 – 16,1	0,004
	No	38	61,3	32	88,9			
	Total	62	100	36	100			
		Lactancia con biberón				OR	IC 95%	P Valor
		Si		No				
		N°	%	N°	%			
Hábitos de succión no nutritiva	Si	0	0	28	29,2	1,03	0,99 – 1,07	0,366
	No	2	100	68	70,8			
	Total	2	100	96	100			
		Lactancia mixta				OR	IC 95%	P Valor
		Si		No				
		N°	%	N°	%			
Hábitos de succión no nutritiva	Si	4	11,8	24	37,5	0,22	0,07 – 0,71	0,007
	No	30	88,2	40	70,8			
	Total	34	100	64	100			

Fuente: base de datos

Interpretación

De los resultados de la Tabla 10, se evidencia que hay una relación significativa entre la lactancia materna exclusiva con los hábitos de succión no nutritiva OR = 5,5; IC 95% = 1,59 – 16,1; p = 0,004 con los intervalos de confianza que determina un factor de riesgo. Mientras hay también una relación significativa entre la lactancia mixta con los hábitos de succión no nutritiva OR = 0,22; IC 95% = 0,07 – 0,71; p = 0,007 con los intervalos de confianza que determina un factor de protección.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Las maloclusiones a nivel mundial viene a ser el tercer problema en lo concerniente a la salud bucal. En este trabajo de investigación se encontró que un 44,9 % presentaba maloclusión en dentición decidua, muy diferente con el estudio de Suque (15) que encontró un 9 % o como el estudio de Lopes – Freire GM (18) que obtuvo un 55,2 %, Correa – Faria (19) presenta una prevalencia de 63,3 %, con un porcentaje menor Costa CT y colaboradores (20) obtuvo una prevalencia de 37,83 % y 45 % de Pereira (23), a nivel nacional Duran GM (24) encontró un 50 % de maloclusión.

La frecuencia de los distintos tipos de maloclusiones en dentición decidua se obtiene como resultados: mordida cruzada posterior de 4,08 %, mordida abierta anterior 4,1 %, mordida profunda 22,4 %, mordida cruzada anterior 6,1 %, línea media desviada 18,4 %. Mientras que en su trabajo de investigación de Pereira y colaboradores (23) obtienen los siguientes resultados: mordida cruzada posterior (3,6 por ciento), mordida abierta anterior (13,6 por ciento), mordida cruzada anterior (2,8 por ciento), sobremordida (19,8 por ciento), desplazamiento de la línea media (21,5 por ciento), y sobrepase horizontal (32,9 por ciento).

Las frecuencias de acuerdo a los diferentes tipos de lactancia donde la lactancia materna exclusiva corresponde a un 63,3 %, la lactancia de biberón a 2 % y la lactancia mixta con un porcentaje de 34,7 % lo cual en la tesis de investigación de Duran GM (24) publica con los siguientes resultados: lactancia materna exclusiva con un 50 %, lactancia con biberón con un 13,3 % y lactancia mixta de 28,3 %, así mismo en la investigación de Gramal EP y colaboradores (13) obtiene un porcentaje de 60,1 % para la lactancia materna exclusiva y 39,9

% para la lactancia mixta y el trabajo de Lozano MJ (12) cuyos resultados son: 93,9 % que corresponde a la lactancia materna exclusiva.

Las frecuencias de acuerdo al tiempo de lactancia cuyos resultados son: lactancia menor de seis meses solo representa un 4,1 % y lactancia mayor de seis meses con un porcentaje de 95,9 %. Shankar S y colaboradores (10) obtienen una frecuencia de 38,07 % en niños con una lactancia menor de seis meses y 61,93 % en niños con una lactancia mayor de seis meses, lo cual no concuerda con nuestro trabajo.

En la Tabla N° 6 los resultados también indicaron que no hubo relación significativa entre la lactancia materna exclusiva con los diferentes tipos de maloclusión; concuerda con el estudio de Roscoe MG y colaboradores (21), con el trabajo de investigación de Gramal EP y colaboradores (13), así mismo con el estudio de Lopes – Freire GM (18) en la que concluyeron que no hubo relación significativa entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de algún tipo de maloclusión ($p > 0,05$). Esto puede deberse a que la maloclusión tiene una etiología multifactorial.

En los resultados de la Tabla N° 7, se evidencia una relación significativa entre la lactancia con biberón y la presencia del algún tipo de maloclusión específicamente en la relación vertical (OR=1,08; IC 95 %: 1 – 1,21, $p=0,017$); relación sagital (OR=1,1; IC 95 %: 1 – 1,26, $p=0,008$) y desviación de la línea media (OR=1,13; IC 95 %: 1 - 1.33, $p=0,003$) de acuerdo a los intervalos de confianza superior e inferior indica un factor de riesgo, dichos resultados no concuerdan con el trabajo de investigación de Roscoe MG y colaboradores (21), así como con Lopes – Freire GM y colaboradores (11) y Lopes – Freire GM (18) cuyos resultado indican que no hay una relación significativa entre la lactancia

con biberón y la presencia de algún tipo de maloclusión (OR=1,35; IC95%: 0,31-5,96, p=0,716).

La relación entre los diferentes tipos de maloclusión y la lactancia mixta hay relación significativa específicamente en la relación sagital (OR=0,56; IC 95%: 0,21 – 1,46, p=0,008) estos datos concuerdan con Gramal EP y colaboradores (13) lo cual obtuvo el valor Sig. Asintótica (bilateral) p=0,000 < 0,05.

La relación entre los diferentes tipos de maloclusión y el tiempo de lactancia los resultados indicaron que no hubo relación significativa, lo cual concuerda con los resultados de y Lopes – Freire GM (18), iguales resultados son los estudios de Ling HTB y colaboradores (22), no así con los resultados del trabajo de investigación de Domagraci E y colaboradores (17) que indica la existencia de una asociación fuerte y significativa entre una duración más corta de la lactancia materna (menos de 12 meses) y el desarrollo de una mordida abierta anterior (n = 1,875; razón de riesgo, 3,58; intervalo de confianza del 95 % 2,55 a 5,03; p <0,00001) y una relación canina de clase II (n = 1203; razón de riesgo, 1,65; intervalo de confianza del 95 %, 1,38 a 1,97; p <0,00001), igualmente con el estudio de Boronat – Catalá M y colaboradores (16) que concluyeron que hay un riesgo de posibilidades para el riesgo de mordida cruzada posterior fue de 3,76 (IC del 95 %: 2,01 a 7,03) al comparar a los niños que no habían sido amamantados con los que habían sido amamantados durante más de seis meses.

Analizando la relación entre los diferentes tipos de maloclusión y los hábitos de succión no nutritiva de la Tabla 10 los resultados indican que hay una relación significativa en la desviación de la línea media (OR=0,23; IC95%: 0,08 – 0,68, p=0,005) de acuerdo con los intervalos de confianza superior e inferior nos da un factor de protección y no tuvieron una relación de significancia entre

los hábitos de succión no nutritiva y las demás maloclusiones, estos resultados no concuerdan con Shankar y colaboradores (10) el cual concluyen que los hábitos de succión no nutritiva es una variable dominante en la asociación con la reducción de los diámetros transversales intraarcos (prevalencia de mordidas cruzadas posteriores), con Chen XX y colaboradores (14) concluyen que los hábitos de succión no nutritivos afectan la oclusión: un hábito prolongado de la succión digital aumentaba la probabilidad de una mordida abierta anterior, mientras que el hábito de chupar el chupete se asoció con un resalte excesivo y la ausencia de espacio de desarrollo del arco inferior, con Lopes – Freire GM y colaboradores (11) que concluye que los niños con hábitos de succión no nutritivos tuvieron 2,55 veces mayor riesgo de desarrollar maloclusiones en comparación con los que no tienen hábitos de succión no nutritiva ($p = 0,004$) y Lopes – Freire GM (18) que indica que existe una asociación significativa entre los hábitos de succión no nutritiva y la línea media (OR=2,89; IC 95 %: 1,09 – 7,66, $p=0,026$) de acuerdo con los intervalos de confianza superior e inferior nos da un factor de riesgo muy diferente con mis resultados que dan como resultado un factor de protección y con Costa CT y colaboradores (20) en la cual concluye que el uso de chupetes modifica la relación entre la lactancia y el estado oclusal; mientras que Roscoe y colaboradores (11) concluye que los hábitos de succión no nutritiva no se asoció significativamente con la maloclusión.

En la relación entre la lactancia materna exclusiva con los hábitos de succión no nutritiva hay una asociación significativa (OR=5,05; IC 95%: 1,59 – 16,1, $p=0,004$), así como la lactancia mixta con los hábitos de succión no nutritiva hay una asociación significativa (OR=0,22; IC 95 %: 0,07 – 0,71, $p=0,007$); estos resultados concuerdan con Roscoe MG y colaboradores (11) los cuales concluyen que hay una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la lactancia materna, la adquisición de NNSH, con Lopes – Freire GM (18) cuyos resultados concluyen que la lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos dando una asociación significativa (OR=0,18; IC 95%: 0,07 – 0,40, $p=0,001$) y con Gramal

EP y colaboradores (13) lo cual concluyeron que hay una relación de significancia asintótica (bilateral) $p=0014 < 0,05$ entre estas dos variables.

CONCLUSIONES

1. No existe una relación significativa entre la lactancia con las maloclusiones (p-valor >0,05).
2. La lactancia materna exclusiva tuvo una frecuencia de 62 niños con un porcentaje de 63,3 %, la lactancia con biberón tiene una frecuencia de 2 niños con un porcentaje de 2% y la lactancia mixta con una frecuencia de 34 niños con un porcentaje de 34,7 %.
3. La relación entre el tiempo de lactancia y los diferentes tipos de maloclusión los resultados indicaron que no hubo relación significativa.
4. Los hábitos de succión no nutritiva disminuyeron el riesgo de la desviación de la línea media OR = 0,23; IC 95% = 0,08 – 0,68; p = 0,005.
5. La lactancia materna exclusiva con los hábitos de succión no nutritiva tuvo una asociación significativa (OR=5,05; IC95%: 1,59 – 16,1, p=0,004), así como la lactancia mixta con los hábitos de succión no nutritiva habría una asociación significativa (OR=0,22; IC95%: 0,07 – 0,71, p=0,007).

RECOMENDACIONES

1. A los investigadores, se sugiere comprender el estudio de otros factores en alternancia con la lactancia materna en la prevención de maloclusiones.
2. A los clínicos, continuar incentivando la lactancia materna exclusiva y específicamente durante los seis primeros meses y una lactancia mixta hasta el primer año.
3. Al personal de salud , realizar campañas sobre la temprana interceptación de las maloclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayorga Ponce, R., Sánchez Moreno, C., Gayosso Islas, E., López Cruz, C. and Oropeza Díaz, Y. (2015). ¿Qué es la Lactancia Materna? ¿Cómo la definen la OMS y la UNICEF?. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa, 4(7).
2. Navarro J. La Lactancia Materna y su relación con los hábitos bucales incorrectos. MEDISAN 2003;7(2):17-21
3. Planas P. Rehabilitación Neuro – oclusal (RNO). Editorial Amolca 2da. Edición. Barcelona – España 1994. Pág. 135-136
4. Rioboo Rafael. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Editorial avances médico dentales. 1ra edición 2002. Volumen 2. Madrid
5. Sultan M, Halboub E, Salah M, Labib A. Distribución global de los rasgos de la maloclusión: una revisión sistemática. Revista de Ortodoncia Dental Press. Prensa dental J. Orthod. vol.23 no.6 Maringá nov./dic. 2018
6. Mercado S, Mamani L, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Kiru [Internet]. 2018;15(2):94–8. Available from: [//www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-PB.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-PB.pdf)
7. Calisaya LL. Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 12 a 18 años en servicio de ortodoncia y ortopedia maxilar del Hospital Militar Central – Lima 2018. Universidad Nacional del Altiplano – Escuela de Odontología. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Puno – Perú 2018.
8. Aguilar LM, Centeno G. Prevalencia de maloclusiones en dentición permanente en el departamento de Tacna – 2009. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Revista Médica Basadrina 4 (1 – 2) 2010.
9. López JP. Características oclusales y prevalencia de maloclusiones en niños preescolares que acuden a centros infantiles de la ciudad de Quito, Parroquia de Carcelén. Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para aprobar el trabajo de titulación, para optar por el título de Especialista de Odontopediatría. Instituto Superior de Investigación y Posgrado de

odontopediatría. Facultad de odontología – Universidad Central de Ecuador. Quito – Ecuador 2019.

10. Shankar S, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Asociación entre la duración de la lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y las dimensiones de la arcada dentaria en la dentición decidua. *Progress orthodontics a Springeropen Journal*. Octubre de 2014; 15 (1): 59. Doi: 10.1186/s40510-014-0059-4
11. Lopes-Freire G, Cahuana AB, Espasa JE, Ustrell JM, Butini L, Boj JR. Explorando la asociación entre los hábitos alimentarios, los hábitos de succión no nutritiva y las maloclusiones en la dentición decidua. *Progress in Orthodontics a Springer Open Journal*. 2015 16:43 DOI 10.1186/s40510-015-0113-x
12. Lozano MJ. Prevalencias de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México. Requisito para obtener el grado de maestría en ciencias odontológicas en el área de odontopediatría. Subdirección de postgrado e investigación – Facultad de Odontología – Universidad Autónoma de Nueva León. México 2015.
13. Gramal EP, Navarrete N, Palacios EW. (13). Relación entre lactancia y maloclusiones en preescolares de 3 – 5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas – Otavalo. Universidad Central de Ecuador. Agosto 2015. <https://www.researchgate.net/publication/303687119>.
14. Chen XX, Xia B, Yuan JW. Efectos de la duración de la lactancia materna, la duración de la alimentación con biberón y los hábitos orales sobre las características oclusales de la dentición temporal. *Revista de la Universidad de Pekin. Ciencias de la Salud*. 18 de diciembre de 2016; 48 (6): 1060 – 1066. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27987514/>
15. Suque AE. Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016.

16. Boronat – Catalá M, Montiel Company JM, Bellot – Arcís C, Almerich – Silla JM, Catalá – Pizarro M. La lactancia materna y el desarrollo oclusal. Departamento de Estomatología – Facultad de Medicina y Odontología – Universidad de Valencia – España. Scientific Reports mayo 2017. | 7: 5048 | DOI:10.1038/s41598-017-05393-y.
17. Domagraci E, Rossi – Fedele G, Dreyer C. Maloclusiones en niños pequeños: ¿La lactancia realmente reduce el riesgo? Una revisión sistemática y un metanálisis. Journal de la asociación dental americana. Agosto 2017; 148 (8): 566 – 574.e6. doi: 10.1016/j.adaj.2017.05.018.
18. Lopes - Freire GM. La relación entre los diferentes tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años de edad. Programa de doctorado: ciencias odontológicas. Departamento de odontoestomatología – facultad de odontología – Universidad de Barcelona. Barcelona – España 2017.
19. Correa-Faria P, De Abreau MHNG, Jordao LMR, Freire MDCM, Costa LR. Asociación de Lactancia materna y maloclusión en niños de 5 años. Enfoque Multinivel.
20. Costa CT, Shqair AQ, Azevedo MS, Goettems ML, Bonow MLM, Romano AR. El uso de chupón modifica la asociación entre lactancia materna y maloclusión: un estudio transversal. Brazilian Oral Restorative. Octubre 2018; 32: e101. Doi: 10.1590/1807 – 3107bor – 2018. Vol 32.0101.
21. Roscoe MG, Bonifacio S, Da Silva TB, Pinheiro JMS, Lemos MM, Feres. Asociación de duración de la lactancia materna, hábitos de succión no nutritivos y maloclusión. International Journal of clinical pediatric dentistry. 2018 enero – febrero; 11(1): 18 – 22. Doi: 10.5005/jp – journals – 10005 – 1477.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968157/pdf/ijcpd-11-018.pdf>
22. Ling HTB, Sum FHMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, Yang Y. La asociación entre hábitos de succión nutritivos, no nutritivos y oclusión dental primaria. BMC Oral Health (2018) 18: 145. <https://doi.org/10.1188/s12903-018-0610-7>.

23. Pereira TS, Branco CC, Cerqueira RN, Moura M de D, Almeida L de F, Marconi MC. (21). Asociación entre la duración de la lactancia materna y la maloclusión en la dentición primaria en Brasil. *Journal of dentistry children* (Chic). 15 de enero de 2019; 86(1): 17-23.
24. Duran GM. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años. Facultad de Odontología – Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Lima – Perú 2018.
25. DLE. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/lactancia?m=form>.
26. Lawrence RA, Lawrence RM. 2016. *Breastfeeding: A Guide for The Medical Profession*. Eighth edition. Philadelphia: [sin editorial]. 992 p. ISBN: 978-0-323-35776-0.
27. OMS. Organización Mundial de Salud. Salud del recién nacido. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/comp_feeding/es/
28. Asociación Española de Pediatría. (2004). *Guía de Lactancia Materna*. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf
29. Chedid SJ. *Ortopedia y ortodoncia para la dentición decidua*. Editorial amolca. 1ra edición 2018. Caracas – Venezuela. Pág. 62 - 63
30. Podestá ME, Arellano C. *Odontología para bebés: fundamentos, teorías y prácticas para el clínico*. Citado por: Suque AE. Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016.
31. *Revista Mundo Celeste*. ¿Pecho o Biberón? Un dilema de 4000 años de antigüedad. Edición N° 81. Publicado 18 de julio 2017. https://issuu.com/revistamundocelste/docs/revista_mundo_celeste_81
32. Dalmau J, Ferrer B, Vitoria I. Lactancia artificial. *Pediatría Integral* 2015; XIX (4): 251-259. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-artificial/>

33. Nemours. kidshealth.org. Obtenido <https://kidshealth.org/es/parents/breast-bottle-feeding-esp.html>. (2016)
34. Nahás, MS. Odontopediatría en la primera infancia. Citado por: Suque AE. Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016.
35. Harris JE, Kowalski CJ. All in the family: Use of familial information in orthodontic diagnosis, case assessment, and treatment planning. Citado por: García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*. 2011; 27(2): 75-84.
36. Suarez AL, Pellitero B. Disfunción temporomandibular en relación a las maloclusiones dentarias. García C, Cacho A. la oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. Citados por: Ayala A, Rojas A, Gutiérrez J, Mata F. Determinación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia en población de Tepic Nayarit, México. *Acta Odontológica Colombiana*. 2014; 4(1): 131-138
37. Hurtado C. Ortopedia maxilar integral. Bogotá - Colombia: Ecoe Ediciones Ltda. . (2012). Pág. 19 - 20
38. Singh, G. *Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento*. Venezuela: Amolca. (2009). Pág. 189, Tomo I
39. Sum FH, Zhang L, Ling HT, Yeung CP, Li KY, Wong HM. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. *BMC Oral Health*. 2015; 15(1):30. DOI 10.1186/s12903-015-0010-1. Pág. 3
40. Palacios J, Coll C, Marchesi A. *Desarrollo psicológico y educación*. 2a ed. Madrid - Alianza Editorial. (versión digital 2014). Páginas 97 – 98.
41. Queiroz I. *Fundamentos de fonoaudiología*: Editorial Médica Panamericana; 2002. Buenos Aires – Argentina.
42. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. . *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y*

43. De Almeida FL, Da Silva AMT, Serpa EO. Relação entre má oclusão e hábitos orais em respiradores bucais. *Rev CEFAC*. 11(1):86-93. (2009)
 44. Echevarría RA, Figueroa PE. Prevalencia de hábitos de succión no nutritiva y alteraciones oclusales en niños de 3 a 6 años, comuna de Valdivia, 2017. Universidad austral de Chile – facultad de odontología. Santiago de Chile 2017.
 45. García KA. Uso del lip bumper en el tratamiento de la interposición labial. Universidad de Guayaquil – facultad de odontología. Guayaquil – Ecuador. 2015.
 46. Villanueva P, Palomino H. Motricidad orofacial: Fundamentos anatomofisiológicos y evolutivos para la evaluación clínica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria; 2011.
 47. Singh SP, Ultreja A, Chawla HS. Distribution of malocclusion types among thumb suckers seeking orthodontic treatment. *J Indian Soc Pedod Dent*. 2008; 26(Suppl 3): p. S114-7.
 48. Subtelny JD, Subtelny JD. Oral habits – studies in form, function and therapy. *Angle Orthodontics Journal*. 1973 Oct; 43(4): 349-83.
 49. Racosi T, Jonas I. Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico. Editorial Masson - Salvat odontología. Barcelona – España 1992.
 50. Martínez L, Díaz EP, GarcíaTornel S, Gaspa J. Uso del chupete: beneficios y riesgos. *Anales españoles de pediatría* VOL. 53, Nº 6, 2000.
 51. Weber F, Woolridge M, Baum J. An ultrasonographic study of the organization of sucking y swallowing by newborn infants. *Developmental medicine and child neurology*. 28:19-24, 1986.
 52. Alves RJ, Nogueira EA. Actualización en ortodoncia y ortopedia funcional de los maxilares. Editorial Artes médicas Latinoamérica 2002. Sao Paulo – Brasil
 53. Rodríguez N. Los tres paradigmas de la investigación en educación. Universidad Central de Venezuela. 2000.
- Aizpúrua J. Programa radial: valores del espíritu. Citado por Galarraga NR. *Epistemología para odontólogos*. Acta Odontológica Venezuela. Volumen 42

Nº 2 /2004. ISSN: 0001 – 6365.
https://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/epistemologia_odontologos.asp#google_vignette

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre lactancia

I. DATOS DE FILIACION

1. Nombre del Niño
2. Edad del niño
3. Datos de la madre

II. CUESTIONARIO

1. ¿Qué tipo de lactancia le dio a su hijo (a)?

- a) Lactancia materna exclusiva
- b) Lactancia con Biberón
- c) Lactancia mixta (materna y biberón)

2. ¿hasta que edad dio lactancia a su niño?

- a) < de 3 meses
- b) 3 a 6 meses
- c) 6 a 12 meses
- d) > de 12 meses

3. ¿Indique si su niño tiene el hábito de meterse objetos en la boca y simular lactancia?

- a) SI
- b) NO

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

Relación Transversal	(1) Normal (ausencia de Mordida Cruzada Posterior) (2) Mordida Cruzada Posterior Unilateral (3) Mordida Cruzada Posterior Bilateral
Relación Vertical	(1) Normal (0 a 3 mm) (2) Mordida Abierta Anterior (3) Mordida Profunda
Relación Sagital	(1) Clase I Bilateral (2) Clase I derecha y Clase II izquierda (3) Clase I izquierda y Clase II derecha (4) Clase II Bilateral (5) Clase II derecha y Clase III izquierda (6) Clase II izquierda y Clase III derecha (7) Clase III Bilateral (8) Clase III derecha y Clase I izquierda (9) Clase III izquierda y Clase I derecha (10) Mordida Cruzada Anterior
Línea Media	(1) Centrada (2) Desviada
Otra Maloclusión	(1) Relación: Transversal – Vertical (2) Relación: Transversal – Sagital (3) Relación: Vertical - Sagital

Lopes MG. Relación entre los distintos tipos de lactancia materna, los hábitos de succión no nutritiva y la oclusión en un grupo de niños de 3 a 6 años. Tesis doctoral Universidad de Barcelona 2017.

Anexo 3. Tablas complementarias

Tabla 11. Encuestados según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	51 %
Femenino	48	49 %
Total	98	100 %

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 12. Relación entre maloclusión, tipos y tiempo de lactancia y hábitos de succión no nutritivos

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
		SI		NO		OR	IC 95%	P Valor
		Nº	%	Nº	%			
MALOCLUSION	SI	28	45,2	16	44,4	1,03	0,45 – 2,35	0,945
	NO	34	54,8	20	55,6			
	TOTAL	62	100	36	100			
LACTANCIA CON BIBERON								
		SI		NO		OR	IC 95%	P Valor
		Nº	%	Nº	%			
MALOCLUSION	SI	2	4,5	0	0	2,29	1,82 – 2,87	0,113
	NO	42	95,5	54	100			
	TOTAL	44	100	54	100			
LACTANCIA MIXTA								
		SI		NO		OR	IC 95%	P Valor
		Nº	%	Nº	%			
MALOCLUSION	SI	16	47,1	28	43,8	1,14	0,5 – 2,63	0,754
	NO	18	52,9	36	56,2			
	TOTAL	34	100	64	100			
TIEMPO DE LACTANCIA								
		< 6		>6 – 12 <		OR	IC 95%	P Valor
		Nº	%	Nº	%			
MALOCLUSION	SI	2	50	42	44,7	1,24	0,17 – 9,16	0,834
	NO	2	50	52	55,3			
	TOTAL	4	100	94	100			
HABITOS DE SUCCION NO NUTRITIVA								
		SI		NO		OR	IC 95%	P Valor
		Nº	%	Nº	%			
MALOCLUSION	SI	16	57,1	28	40	2,00	0,82 – 4,86	0,123
	NO	12	42,9	42	60			
	TOTAL	28	100	70	100			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 13. Encuestado por sexo según maloclusión

		SEXO				OR	IC 95%	P Valor
		Masculino		Femenino				
		Nº	%	Nº	%			
	Normal	50	100	44	91,7			
RELACION TRANSVERSAL	Maloclusión en relación Transversal	0	0	4	8,3	0,47	0,38 – 0,58	0,037
	Total	50	100	48	100			
	Normal	42	84	38	79,2			
DESVIACION DE LA LINEA	Maloclusión en relación Línea Media	8	16	10	20,8	1,38	0,49 – 3,86	0,537
	Total	50	100	48	100			
	Normal	38	76	34	70,8			
RELACION VERTICAL	Maloclusión en relación Vertical	12	24	14	29,2	1,3	0,53 – 3,21	0,563
	Total	50	100	48	100			
	Normal	34	68	42	87,5			
RELACION SAGITAL	Maloclusión en relación Sagital	16	32	6	12,5	0,3	0,11 – 0,86	0,021
	Total	50	100	48	100			
	Si	2	4	16	33,3			
	No	48	96	32	66,7	0,08	0,02 – 0,39	0,216
APIÑAMIENTO	Total	50	100	48	100			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Anexo 4. Consentimiento informado de los padres

Autorizo que se obtengan (marque la opción que desee):

Fotografías (Si) (No)

Videos (Si) (No)

Otros registros gráficos (Si) (No)

en el pre - intra y post-operatorio.

Autorizo la difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos. (Si) (No)

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo las consecuencias de cualquier naturaleza que de ello puedan derivarse.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando todas las dudas planteadas. Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen por el tratamiento que por este medio acepto.

Tacna,.....

.....
FIRMA

Anexo 5. Autorización de la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud para la realización del trabajo de campo



Nº 002-2020-AFDST-UGRH-OA-DE-REDS.T.-

AUTORIZACION

LA DIRECCION EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

YURY MIGUEL TENORIO CAHUANA



PROFESIONAL DE ONDOTOLOGIA, ESTA REALIZANDO SU MAESTRIA EN SALUD PUBLICA EN LA UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA, QUIEN VA A EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS "LACTANCIA MATERNA Y MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE TACNA -2019"; POR LO QUE SIRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS.

TACNA, 30 DE ENERO DEL 2020



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DRST - RED DE SALUD TACNA

MED. RENA ALEJANDRO NEIRA ZEGARRA
DIRECTOR EJECUTIVO RED DE SALUD
CMP Nº 17605

RANZ/CMGA/EDMV/KGS/mhz

Anexo 6. Carta de compromiso del investigador



CARTA COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

Yo, **YURI MIGUEL TENORIO CAHUANA**, investigador del trabajo de investigación titulado, "LACTANCIA MATERNA Y MALOCCLUSIONES EN PACIENTES DE 3 A 6 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE TACNA - 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a:

1. Dejar una copia del informe final de la investigación.
2. Comunicar al Comité la suspensión del estudio; si fuera el caso (informe).
3. Garantizar que el procedimiento del Consentimiento Informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la autonomía del sujeto, asegurándose de que este se logró entender la investigación, sus riesgos y probables beneficios.
4. Garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.

Tacna, 30 de enero del 2020


YURI MIGUEL TENORIO CAHUANA
DNI: 00413780

Anexo 7. Matriz de datos

Nº	LME	LB	L MIXTA	M TRANSV	M VERTICAL	M SAGITAL	LINEA MEDIA	APIÑAMIENTO	E LACTANCIA	HSNN	SEXO
1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2
2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1
3	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
4	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
5	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2
6	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
7	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
8	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
9	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2
10	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1
11	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
12	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
13	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
14	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
15	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
16	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
17	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
18	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
19	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
20	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
21	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
22	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1
23	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
24	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1
25	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1

26	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
27	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
28	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
29	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
30	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
31	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
32	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
33	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
34	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
35	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
36	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2
37	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
38	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
39	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
40	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
41	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
42	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
43	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
44	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1
45	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1
46	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
47	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2
48	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2
49	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2
50	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2
51	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1
52	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
53	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2

54	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2
55	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
56	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
57	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
58	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2
59	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1
60	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
61	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
62	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
63	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
64	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
65	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
66	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
67	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
68	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
69	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
70	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
71	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1
72	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
73	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1
74	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
75	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
76	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
77	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
78	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
79	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
80	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
81	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1

82	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1
83	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
84	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
85	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2
86	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2
87	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
88	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
89	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2
90	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
91	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
92	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
93	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1
94	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
95	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
96	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2
97	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2
98	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2

Anexo 8. Galería de figuras (fotografías)

ESTABLECIMIENTO QUE ME BRINDÓ SU APOYO PARA REALIZAR EL ESTUDIO: C.S. SAN FRANCISCO



CONSULTORIO DENTAL DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO



REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA A LOS PACIENTES



FOTOGRAFIAS DE MALOCLUSIONES



Maloclusión sagital y transversal



Maloclusión sagital



Maloclusión sagital



Maloclusión transversal



Maloclusión vertical



Maloclusión vertical