

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGÍA
Ciclo de Complementación Curricular
Año 2016 – 2017

“Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

Autoras: *María Rosa González*
Stella Marys Salúm
Eliana Belén Sánchez

DIRECTORA: *Dra. Ester Gonzales*

INDICE

CAPITULO I

1. Agradecimientos.....	4
2. Introducción.....	5
3. Planteamiento del tema.....	6
4. Fundamentación.....	6
5. Objetivos.....	9
5.1 General.....	9
5.2 Específicos.....	9

CAPITULO II

1. Estado actual de conocimiento sobre el tema.....	10
2. Marco teórico y conceptual.....	12
3. Anatomía de la boca.....	12
3.1 La boca: complejo anatómico funcional.....	13
3.2 Los labios.....	14
3.3 Las mejillas.....	14
3.4 La lengua.....	14
3.5 Los músculos.....	15
3.6 El maxilar superior o maxila.....	15
3.7 El paladar duro o paladar anterior.....	15
3.8 El paladar blando o paladar posterior.....	15
3.9 El maxilar inferior o mandíbula.....	16
3.10 La articulación témporomandibular.....	16
3.11 Las glándulas salibales.....	17
3.12 Las glándulas linfáticas.....	17
4. La lactancia materna.....	18
4.1 ¿Qué es el calostro?.....	19
4.2 ¿Hasta cuándo se debe ofrecer solo leche materna al bebe?.....	19
4.3 ¿Qué es la lactancia a demanda?.....	19
5. Lactancia con mamadera.....	20
6. Hábitos bucales.....	21
7. Deglución.....	23
8. Deglución atípica.....	26
8.1 Etiología.....	26
8.2 Efectos bucales de la deglución atípica.....	27
8.3 Diagnóstico.....	28
8.4 Deglución con interposición lingual simple.....	28

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

8.5	Deglución con interposición lingual compleja.....	29
8.6	Deglución infantil persistente.....	29
8.7	Tratamiento.....	29
9.	Succión.....	32
9.1	Succión digital.....	33
9.2	Etiología.....	34
9.3	Tipos de hábitos de succión digital.....	35
9.4	Números de dedos implic. y su forma de colocación.....	36
9.5	Consecuencias.....	37
9.6	Tratamiento.....	37
10.	Respiración.....	39
10.1	Respiración nasal.....	39
10.2	Respiración bucal.....	40
10.3	Características más resaltantes de la respiración bucal..	41
10.4	Maloclusiones más frecuentes	43
10.5	Tratamiento.....	43
11.	Hipótesis.....	48

CAPITULO III

1.	Metodología: material y métodos.....	49
1.1	Tipos de investigación.....	49
1.2	Población y muestra.....	49
2.	Consideraciones éticas.....	49
3.	Variables.....	50
4.	Instrumentos de la recolección de datos.....	50
5.	Procedimientos.....	51
6.	Análisis y procesamiento de datos.....	52
7.	Cronograma de actividades.....	52
8.	Presupuesto.....	54

CAPITULO IV

1.	Presentación de datos.....	55
2.	Análisis.....	61
3.	Conclusiones.....	62
4.	Sugerencias.....	63

CAPITULO V

1.	Bibliografía.....	64
2.	Anexos.....	66

AGRADECIMIENTOS:

A la Directora y a los docentes de la Escuela Gregorio de Jesús Díaz de la ciudad de Banda del Río Salí, provincia de Tucumán, por permitirnos realizar la investigación en su establecimiento.

A los padres de los niños evaluados, que accedieron y participaron brindando toda la información requerida sobre los primeros meses de vida de sus hijos.

A los niños que participaron con excelente predisposición durante la actividad programada.

A nuestras profesoras, por transmitirnos y compartir con nosotras todos sus conocimientos.

A la Universidad del Aconcagua como vínculo para llegar al conocimiento e investigar.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional, y por su colaboración en este proceso.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y de la prevención de numerosas enfermedades. Se ha comprobado que la leche humana tiene un gran valor en la prevención de enfermedades especialmente durante la niñez.

La succión es un reflejo que poseen todos los bebés, y es satisfecha mediante la lactancia materna o artificial. Sin embargo, en muchas ocasiones, queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar.

Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. Por ello, el tipo de lactancia, así como los hábitos orales disfuncionales, pueden influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y de la oclusión dentaria.

La prevalencia de mal oclusiones según el tipo y clasificación de Angle de ortodoncia a nivel mundial es informada por diferentes investigadores; sin embargo en la mayoría de los países latinoamericanos no se realizan medidas preventivas ni interceptivas, por lo que los tratamientos ortodónticos, psicológicos y de rehabilitación en adolescentes y adultos tienen un alto porcentaje.

La lactancia materna es un tema de conocimiento general por los indiscutibles beneficios que aporta la misma tanto, para la madre como para el niño, desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo y psicológico entre otros; en nuestro medio son poco conocidos los efectos que tiene ésta sobre el desarrollo del aparato estomatológico y las estructuras que lo conforman.

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

El tema propuesto surgió al observar en un centro de atención primaria de la salud, a niños que concurrían, tanto a la consulta fonoaudiológica como a la odontológica por maloclusiones dentales. La mayoría de ellos, alumnos de la Esc. Municipal Gregorio de Jesús Díaz. Se planteó el problema de si existía una relación entre la lactancia materna y hábitos nocivos de succión digital, chupete y uso de la mamadera.

FUNDAMENTACIÓN

La lactancia materna no sólo se encuentra relacionada con los aspectos nutricionales y emocionales del bebé, y el afianzamiento del vínculo madre-hijo; los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que comprenden las matrices funcionales del sistema estomatognático. Estos estímulos logran establecerse o desarrollarse con ningún otro tipo de alimentación que no sea el amamantamiento natural.

Cuando el recién nacido se alimenta a través de pecho materno, el bebé ejercita todas las estructuras que involucran a la succión, estimula el crecimiento óseo, favorece la normalización del retrognatismo que es tan característico en el recién nacido, y coordina la succión con funciones de respiración y deglución.

En el recién nacido, al entrar los labios, en contacto con el pezón, el chupete o el dedo, provoca movimientos de succión, este es un reflejo. Del reflejo de alimentación depende el mantenimiento de la vida. Por eso el sistema neuromuscular desarrolla más precozmente la boca, y después las extremidades. Después del nacimiento y en la primera hora, luego del parto, aparece un gran impulso neuronal de succionar.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

La succión es la primera fase de la masticación. Es la masticación que se produce antes de la evolución neurológica. Los músculos responden a los estímulos y en la fase siguiente, estarán listos para masticar. No faltaran, la tonicidad, la postura ni la función. En las dos fases trabajan los mismos músculos. La fase de succión no realizada correctamente lleva a la falencia de un correcto desarrollo de las estructuras, que garantizan la evolución perfecta de las siguientes funciones, principalmente la respiratoria.

Durante el amamantamiento los movimientos realizados son: bajar, protruir, elevar y retruir la mandíbula, y los músculos que participan son: el pterigoideo externo, pterigoideo interno, masetero, temporal, diagástrico, genehioideo, milohioideo.

En cambio, en la succión con mamadera sólo trabajan los buccinadores y muy poco los orbiculares de los labios.

Los estímulos provocados por la lactancia materna mixta, el tipo de tetina y la cantidad de leche, proporcionan informaciones sensoriales diferentes que pueden resultar también de comandos motores diferentes. Por lo tanto, los movimientos empleados por los lactantes al succionar exclusivamente pecho materno no son iguales a aquellos realizados cuando la lactancia es mixta o artificial.

Siendo así, si la lactancia materna exclusiva no es satisfactoria porque la succión se ve frustrada, el niño, a lo largo de sus primeros años de vida irá creando sustitutos, por ejemplo, tenderá a chuparse el dedo después de alimentarse en un esfuerzo por satisfacer sus instintos de succión, prolongar el uso de la mamadera o puede llevarse objetos a la boca, tal es el caso del chupete, entre otros hábitos nocivos de succión.

Tradicionalmente, el trabajo de las terapeutas del lenguaje ha estado centrado en función a la audición, voz, articulación y lenguaje expresivo y comprensivo; desde un enfoque neurológico, psicológico, lingüístico y pedagógico. Hoy, enfrentamos un nuevo enfoque fonoaudiológico en la especialización de Motricidad Orofacial, donde la prevención de la salud, evaluación, diagnóstico y rehabilitación de los aspectos estructurales y funcionales de las regiones orofaciales y cervicales tienen un rol importante.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

Éste, implica conocer el funcionamiento del aparato estomatognático, que es el conjunto de las estructuras, músculos y órganos, que se encuentran en la cavidad oral y que son muy importantes, porque no sólo cumplen un papel en la masticación, deglución, habla y expresión facial. La adecuación de estas funciones está directamente relacionada con la salud global de los individuos.

Generalmente no se presta atención a la forma en que los niños mastican, degluten o hablan, más sí, en cómo articulan; se desconoce, que malos hábitos alimenticios, hábitos nocivos de succión y uso prolongado de mamadera, repercuten notablemente en el crecimiento y desarrollo normal de los músculos faciales y en la forma de hablar.

La lactancia materna representa el mejor alimento para el niño en sus primeros meses de vida, como alimento único, y ofrece ventajas insuperables que ningún otro alimento puede brindar. Es innegable que el amamantamiento es la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición y las enfermedades infecciosas en los primeros meses de vida. Por otra parte, estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de lactancia materna exclusiva o un periodo corto de ésta, se encuentra relacionada a la instauración de hábitos nocivos de succión. Por tal motivo, como fonoaudiólogas, conocedoras de las ventajas fisiológicas de salud oral, a través de esta vía, debemos estimular y promover a las madres su uso, recomendándola como lo más adecuado para mantener saludable la boca del niño y evitar hábitos nocivos de succión.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

OBJETIVOS:

General:

- Establecer la incidencia de la lactancia materna, no menor a cuatro meses y de hábitos nocivos de succión no nutritiva, en la presencia de maloclusiones presentes en niños de cuatro a cinco años de edad.

Específicos:

- Establecer la relación existente entre lactancia materna exclusiva no menor a cuatro meses y la ausencia de hábitos nocivos de succión no nutritiva en niños de cuatro a cinco años de edad.
- Establecer la relación existente entre lactancia materna mixta y hábitos nocivos de succión no nutritiva en niños de cuatro a cinco años de edad.
- Determinar la presencia de maloclusiones dentales como consecuencia del uso prolongado, por más de 36 meses, de los hábitos nocivos de succión digital, chupete y uso de la mamadera.

ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO DEL TEMA

Existen varias investigaciones que se pueden citar como antecedentes, entre ellas se destaca en el año 1997, Serra - Negra J. y sus colaboradores, de la Universidad de Sao Paulo, quienes realizaron un estudio de asociación entre la lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones. Se examinó 357 niños de 3 a 5 años de edad de diferentes clases sociales, a sus madres se les aplicó un cuestionario, concluyendo que el 86.1% de los niños que lactaron por un período mayor de seis meses no desarrollaron hábitos orales nocivos de succión y que los niños alimentados con mamadera por más de un año presentaron diez veces más riesgo de desarrollar hábitos orales nocivos en relación a aquellos niños que nunca utilizaron esta forma de alimentación. Concluyeron que los malos hábitos orales están fuertemente asociados a las maloclusiones.

Durante los años 1998 al 2000, Del Monte A., de la Universidad de Tunas, Cuba, realizó una investigación descriptiva de corte transversal relacionada a la influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios, con una muestra de 156 niños de 5 años de edad con el objetivo de determinar la relación existente entre el período de lactancia y el insuficiente desarrollo transversal de los maxilares así como la presencia de hábitos nocivos orales en niños amamantados por un período de seis meses. Los resultados indicaron la prevalencia del micrognatismo transversal en un 37%, ubicándose el 74% en ambos maxilares, 58 niños con micrognatismo transversal recibieron lactancia materna por un período menor de seis meses. Se presentaron 104 hábitos nocivos orales, siendo el más frecuente el uso prolongado de la mamadera.

En el año 2002, Rodríguez M. realizó un estudio referente al nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel Carrión, Perú, donde se empleó un cuestionario de 22 preguntas que fue sometido, previamente, a juicio de expertos. La muestra estuvo constituida por 75 madres primerizas. Los resultados indicaron que el

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

nivel de conocimiento sobre prevención bucal es regular con un 60% de las gestantes encuestadas. En dicho trabajo se estableció, también, que la falta de amamantamiento en los niños ha de generar un reflejo de succión y deglución inadecuada. Se determinó que un periodo corto de amamantamiento y los hábitos nocivos de succión originan un crecimiento deficiente de los maxilares y maloclusiones dentales.

En el año 2005, Bastos A. y sus colaboradores realizaron un estudio en Río de Janeiro – Brasil, para verificar la frecuencia de maloclusiones en niños con dentición decidua y su relación con los hábitos de succión no nutritiva y el tipo de alimentación (materno y/o artificial). Para dicho estudio participaron 44 niños de ambos sexos en edades de 3 a 5 años. El estudio fue compuesto por dos etapas: el examen de oclusión dentaria realizada por un cirujano dentista y un cuestionario para la recolección de datos de los hábitos de succión no nutritiva y duración de lactancia materna y/o uso de la mamadera. De los 44 niños evaluados el 50% presentó maloclusión dentaria y, de éstos, el 81.8% hacían uso del chupete. Llegaron a la conclusión de que el tiempo de lactancia materna inferior a 6 meses está fuertemente asociado a hábitos de succión de chupete y a la presencia de maloclusiones.

Finalmente en el año 2007, Leite - Cavalcanti A. y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de verificar la prevalencia de hábitos de succión nutritiva (lactancia exclusiva y mixta), y no nutritiva, así como, la presencia de maloclusiones en preescolares brasileños. Este estudio transversal examinó a 342 niños brasileños entre 3 y 5 años de edad en la Ciudad de Campina Grande. Para la recolección de datos se empleó una entrevista a padres y el examen clínico realizado. Llegaron a la conclusión que la incidencia de succión de chupete fue mayor a la de succión digital y que la frecuencia de hábitos de succión fue más elevada en los niños que recibieron lactancia materna mixta en relación a los niños que recibieron lactancia materna exclusiva. La relación entre la presencia de hábitos nocivos de succión y de maloclusión fue estadísticamente significativa.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

En los últimos 20 años, diversos investigadores vienen dedicándose al estudio de las relaciones existentes entre la lactancia materna y los hábitos orales nocivos como la succión prolongada del chupete, dedo y uso de la mamadera; y su relación con mal oclusiones, alteraciones estructurales y funcionales de la cavidad oral. Estos estudios se han ido incrementando en países tales como Estados Unidos y Brasil, apreciándose en este último, trabajos efectuados por odontopediatras y fonoaudiólogos destacando TOSTES, OLIVEIRA, CASTRO, MASSON, GONCALVES , quienes afirman que hay una alta relación entre tiempo de lactancia, malos hábitos orales y presencia de mal oclusiones en niños de edad preescolar.

Actualmente se ha incrementado la necesidad de seguir investigando ya que la mayoría de las mal oclusiones no tienen una etiología conocida, sino que son variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo de la persona, donde factores intrínsecos y extrínsecos, pueden afectar el equilibrio en que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. El amamantamiento es la primera medida preventiva que se debe tomar para evitar hábitos nocivos de succión que podrían generar alteraciones dento-maxilofaciales. Por ello, UNICEF, promociona la lactancia materna como un elemento que disminuye la necesidad de tratamiento ortodóntico y el riesgo de caries.

ANATOMIA DE LA BOCA

La naturaleza ha dispuesto que el ser humano, como todos los mamíferos, se alimente el primer tiempo de su vida mamando del pecho de su madre. Todas las estructuras y funciones, tanto de la madre como del niño se preparan desde las primeras semanas de gestación, de manera que

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

en el momento de nacer todo está dispuesto para asegurar al niño esta función básica de supervivencia. Según Santoro (2010 pag.74) “La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta unidad de succión que trabajan en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño la degluta sin atragantarse”. Esta unidad es la continuadora de la función nutricional que dentro del útero realiza la placenta y el cordón umbilical. En el niño menor de 6 meses, la succión, la deglución y la respiración constituyen un tríptico funcional interdependiente, de cuya normalidad funcional depende en gran medida el éxito del amamantamiento. Un amamantamiento adecuado satisface la necesidad instintiva de chupar e incide significativamente en el desarrollo armónico de todas las estructuras buco-máxilo-faciales y otorrinolaríngeas, evitando alteraciones de desarrollo dentomáxilo-facial, afecciones respiratorias altas y las otitis.

La boca: Complejo anatómico- funcional

La boca y todas las estructuras que la componen tienen una formación embriológica muy temprana. Están en íntima relación con la nasofaringe y en conjunto constituyen un complejo sistema morfo-funcional denominado sistema estomatognático. En la octava semana de gestación la cavidad bucal es separada de la cavidad nasal por el paladar, que se ha formado por la unión de las apófisis palatinas del maxilar superior. La lengua, una de las primeras entidades anatómicas diferenciadas, se ubica en el piso de la boca llenando completamente el lecho mandibular. En este momento se pueden apreciar movimientos de la lengua que corresponden a las primeras actividades deglutorias. La boca en sí, es un espacio circunscrito entre el maxilar superior y la mandíbula, que se comunica en su parte posterior con los espacios de la retrofaringe: nasofaringe o suprafaringe, orofaringe o mesofaringe y faringofaringe o hipofaringe.

Los labios

El cuerpo de los labios está constituido por el músculo orbicular, cuyas fibras superiores e inferiores se entrecruzan en las comisuras formando una banda circular continua que actúa como un esfínter. Las fibras comisurales se unen a ambos lados con el músculo buccinador. En la parte media del labio superior del recién nacido se encuentra el llamado botón labial del lactante, estructura ricamente innervada, que le provee una gran sensibilidad. La mucosa labial en el recién nacido presenta pequeñas papilas mucosas o vellosidades, que sirven para dar a los labios mayor sensibilidad y mejor adherencia al pecho. Estas papilas desaparecen pronto si el niño no es amamantado.

Las mejillas

Están constituidas por el músculo yugal o buccinador. Sus fibras anteriores se entremezclan con las fibras comisurales de los labios y algunas de sus fibras posteriores se continúan hacia atrás con el músculo constrictor superior de la faringe, formando una banda circular continua, el cinturón labio-yugal, de gran importancia en las funciones de succión-deglución.

Entre las capas musculares del buccinador se encuentra la llamada bola adiposa de Bichat, masa de tejido graso que en el lactante sirve de cojinete de contención para que la mejilla no se introduzca entre los rodetes maxilares al hacerse el vacío de succión.

La lengua

Participa y actúa como moderadora de todas las funciones del sistema estomatognático. Aparentemente de una estructura simple, está formada por 17 músculos que le permiten cambiar de forma y ubicación según sea la necesidad funcional. Está dotada de una rica innervación sensoriomotora que le permite discriminar sutilmente texturas y sabores y responder en forma refleja a los estímulos propios de las funciones. Tiene además una gran potencia funcional que, según se ha demostrado, en el período de lactancia es tres veces mayor que en el adulto. La fuerza de

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

expansión y protrusión ejercida por la lengua en el interior de la cavidad bucal, es contrarrestada externamente por el cinturón labioyugal.

Los músculos

Todos los músculos que participan en las funciones del sistema estomatognático (más de 90) tienen, al igual que la lengua, una alta especialización neuro-sensorio-motora que les permite actuar coordinadamente según sea la necesidad funcional. Otra característica de los músculos máxilofaciales es que cada uno de ellos tiene su par homólogo en el hemicráneo, con el cual funciona interdependiente y simétricamente.

El maxilar superior o maxila

Forma la estructura básica del tercio medio de la cara. Se une a la base del cráneo en diferentes puntos y constituye una sólida protección para los nervios (pares craneanos) y vasos sanguíneos que emergen de ella. Está formado por dos hemimaxilares que se unen en la línea media por un borde de cartílago que se osificará posteriormente.

El paladar duro o paladar anterior

Forma el techo de la boca y el piso de la nariz. Está constituido por las apófisis palatinas del maxilar superior y la porción horizontal del hueso palatino que se le une a su borde posterior. El cartílago que une a estas estructuras en la línea media, permite que el paladar sea modificado por las fuerzas de presión o de tracción que ejerce la lengua, desde el interior de la boca y la presión que ejerce la columna de aire que ingresa por la nariz.

El paladar blando o paladar posterior

El paladar blando o velo y la úvula tienen una activa participación en el sincronismo funcional de la succión-deglución-respiración y en la formación de estructuras del complejo otorrinolaríngeo. La cara superior del velo del paladar se relaciona a ambos lados con el orificio de salida de la trompa de Eustaquio o tuba auditiva. Los movimientos velares rítmicos producidos en la succión-deglución, permiten que la trompa se abra y

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

colapso oportunamente transmitiendo al oído el juego de diferentes presiones necesarias para su buen funcionamiento.

El maxilar inferior o mandíbula

Forma la estructura básica del tercio inferior de la cara. Es un hueso movable que está conectado al resto del complejo facial a través de la articulación temporomandibular. Con la lengua forma el complejo linguo-mandibular; con el hioides y sus anexos, el complejo hioideo-mandibular, ambos de gran importancia en las funciones de succión y deglución y en el equilibrio postural de la cabeza con respecto al cinturón escapular y al eje vertical del cuerpo.

La articulación temporo-mandibular (ATM)

Está formada por el cóndilo de la rama mandibular, la cavidad glenoidea de la porción petrosa del hueso temporal, un menisco, fascículos tendinosos y musculares y una cápsula articular que los constituye en una unidad funcional. La ATM tiene un gran desarrollo morfofuncional en el período de la lactancia. Los movimientos de adelantamiento y descenso mandibular de la succión son indispensables para el desarrollo y modelado del cóndilo articular y de la porción petrosa del hueso temporal, que contiene en su interior el órgano del oído. Tanto el cóndilo del maxilar como la cavidad glenoidea del hueso temporal, modifican significativamente su estructura morfofuncional durante el período de amamantamiento. La ATM es la única articulación doble que conecta los dos lados de nuestro cuerpo. Esta característica hace que su funcionamiento normal sea de movimientos simétricos y equilibrados con respecto a la línea media corporal. Esta es una de las razones fundamentales por la que el niño no debe voltear la cabeza para mamar, ya que al tener la cabeza rotada, la contracción asimétrica de los músculos entorpece la mecánica funcional de la succión-deglución-respiración. De la simetría de la función articular depende a su vez el modelado simétrico de los elementos anatómicos que la conforman y/o se relacionan con ella. Los rodetes maxilares En el momento de nacer

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

contienen en su interior los gérmenes que formarán los 20 dientes temporales y vestigios de algunos dientes permanentes. En el sector correspondiente a los incisivos y caninos la mucosa forma un repliegue (de Robin-Magiot) ricamente vascularizado, que al momento de succionar se ingurgita y actúa como un segundo labio que fricciona suavemente el pezón y la areola. Este repliegue es más ancho en el maxilar, pudiendo tener hasta 8 a 9 mm, en cambio en la mandíbula forma más bien una cresta aguda. En el recién nacido, a lo largo de los rodetes y en el paladar se pueden encontrar formaciones de color blanco-grisáceo (nódulos de Bohn) constituidos por restos embrionarios de tejido glandular mucoso que se desprenden espontáneamente a las pocas semanas. También algunos niños presentan pequeñas excrescencias blancas, duras, (perlas de Epstein o perlas de esmalte) que corresponden a restos embrionarios de esmalte. Cuando son de mayor tamaño pueden hacer pensar que son dientes. Desaparecen espontáneamente con el amamantamiento.

Las glándulas salivales

Según Santoro *“Mientras el niño está en período de amamantamiento, las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) producen sólo pequeñas cantidades de saliva”*. El movimiento mandibular del amamantamiento, estimula el desarrollo funcional progresivo de estas glándulas, para producir la saliva necesaria cuando se cambie de alimentación. Las glándulas salivales menores palatinas, yugales y labiales, distribuidas ampliamente por toda la mucosa bucal, mantienen la humedad y lubricación de las mucosas con el producto segregado individualmente a través de un poro excretor.

Los ganglios linfáticos

Están distribuidos abundantemente en toda la región de la cabeza y cuello, algunos más superficiales: submaxilares, cervicales anteriores y posteriores, mastoideos, retroauriculares y otros internos, ubicados en la retrofaringe: amígdalas, faríngea, lingual, palatina, tubárica y otros grupos de ganglios específicos de cada estructura. Constituyen el llamado “anillo

linfático de Waldeyer” que protege la entrada de las vías respiratorias y digestivas. Estos grupos de ganglios, se interconectan por una red de vasos linfáticos que se relacionan directamente, con la glándula central de este sistema, el timo. En él se producen linfocitos T que colonizan a los ganglios de este complejo linfático, cumpliendo funciones antibacteriana, antiviral y anti-inflamatoria

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es muy importante porque es la más segura e higiénica ya que el niño la toma directamente de su mamá. Está disponible a toda hora y en cualquier lugar.

“Pocas personas desconocen los beneficios de la lactancia para los bebés, pero los innumerables beneficios para las madres son a menudo ignorados y hasta desconocidos. Desde el efecto de la oxitocina en el útero hasta la ganancia en calidez emocional, la lactancia da a la madre muchas razones para sentirse a gusto con su decisión”. DERMER, 2002.

La lactancia materna presenta además ventajas nutritivas e inmunológicas, pues contiene proteínas (lactoalbúmina, lactoglobulina y cascina), todos los aminoácidos esenciales, grasas, cuyo coeficiente de absorción es superior al de la leche de vaca, hidrato de carbono, vitaminas (A,C,D, tiamina, uboflanina, niacina, biotina, ácido pentoténico y piridoxina en cantidades apropiadas para satisfacer los requerimientos del niño), minerales, lactoferrina, lactoperoxidosa, losozima, complemento C3, C4, componentes celulares, componentes del sistema inmune como inmunoglobulina A, confiándole a este alimento capacidad antibacteriana. La leche materna posee también propiedades antivirales, al presentar múltiples factores tales como anticuerpos antiseoretos, interferón, entre otros.

¿Qué es el calostro?

Se denomina así a la primera leche materna que produce la mujer luego de que el bebé nace. Es un concentrado de nutrientes y anticuerpos que el bebé debe recibir al nacer porque es tan importante como una vacuna para prevenir las infecciones más comunes. Cuenta además, con enzimas útiles para la digestión, hormonas que favorecen el crecimiento y sustancias tróficas para el desarrollo anatómico y funcional del intestino.

¿Hasta cuándo se debe ofrecer sólo leche materna al bebé?

La leche materna debe ser el único alimento que reciba el bebé durante los primeros 6 meses de vida porque le brinda todos los elementos que necesita para su crecimiento y desarrollo saludables. No se debe alimentar al niño con jugos, agua, té ni ningún otro líquido.

La lactancia materna favorece y fortalece la relación de afecto entre la mamá y el bebé y contribuye al desarrollo de niños capaces, seguros y emocionalmente estables. El bebé debe estar en contacto con el pecho de su madre al nacer y debe ser amamantado dentro de la primera hora de vida.

A través de su leche, la mamá le transmite al bebé anticuerpos que lo protege contra las enfermedades más comunes hasta que sea capaz de formar sus propias defensas.

¿Qué es la "lactancia a demanda"?

Significa que se debe alimentar al bebé cada vez que lo pide, durante el día y la noche. No hay que esperar que el bebé lllore para amantarlo, el niño lo indicará chupándose el dedo o moviéndose mucho. Para que la mamá pueda producir la leche que su bebé necesita, el niño debe ser amamantado con frecuencia.

Si la mamá tiene que separarse de su hijo puede continuar con la lactancia. Para ello puede extraerse manualmente su leche y conservarla en un recipiente limpio y tapado. Es necesario entibiarla siempre a baño maría y

nunca hervirla ni calentarla en microondas para que no pierda sus propiedades.

LACTANCIA CON MAMADERA

Al succionar la mamadera, el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal.

Los recién nacidos no hacen el mismo esfuerzo que cuando se amamantan del pecho materno, en la alimentación con mamadera el niño deglute, por eso el crecimiento es menor, los maxilares quedan pequeños y los dientes entre otros problemas no caben en las arcadas. Cuando el bebé es alimentado en forma artificial (mamadera) no puede realizar los movimientos fisiológicos mandibulares de mesialización ya que debe controlar la cantidad de leche que ingiere, evitar ahogos y poder tragar, lo cual no sucede si es amamantado. La falta de un movimiento muscular correcto, disminuye la estimulación del crecimiento y de la forma de la boca y condiciona la aparición de futuros problemas de oclusión.

Los niños amamantados con mamadera, al hacer poco esfuerzo les cuesta más dormirse tras la ingesta, y además muchos recurren a hábitos viciosos o inadecuados como la succión de los dedos, chupete y el labio entre otros para así satisfacer su instinto de succión, el cual se vio frustrado por una alimentación que no ha sido satisfactoria.

HÁBITOS BUCALES

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

Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupete, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodónticos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar:

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

- Mordidas abiertas anteriores y o laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dentoalveolares
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes



El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas del paciente. En el estudio clínico resulta muy fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito ya que ellos dejan la impronta de su acción; por lo que en la mayoría de los casos, la simple observación de la alteración nos permite deducir el hábito bucal que lo causó.

Esto se corrobora fácilmente mediante la anamnesis y el estudio de las funciones orales. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial que incluya estudios cefalométricos, de modelos, fotografías etc.

El área de las alteraciones producidas por hábitos en general se limita a la región dentoalveolar. Entre las anomalías que producen se encuentran las mordidas abiertas llamadas funcionales por su origen. Cefalométricamente en estos casos no se observan alteraciones estructurales.

Una mordida abierta con aumento de la altura facial inferior estará indicando un componente esquelético aunque algunas veces pueda estar asociada a un hábito. En este caso, éste no es la causa de la mordida abierta, por lo que su eliminación no corregirá totalmente la anomalía.

En cambio las mordidas abiertas funcionales prácticamente se autocorrijen al desaparecer el hábito que las originó.

DEGLUCIÓN

Hay que tener en cuenta que la función más importante del sistema estomatognático es la masticación de los alimentos. Este sistema también tiene como función secundaria la deglución, que es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Está definida como el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago. En condiciones normales, la deglución se produce sin contracción de las musculaturas mímicas: los dientes se

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

encuentran en contacto y la masa lingual permanece dentro de la cavidad oral.

Se distinguen dos fases principales:

1. Fase oral o voluntaria.
2. Fase faríngea o involuntaria o refleja.

La primera se caracteriza por:

- Detención de la respiración.
- Cierre labial.
- Relajación de la musculatura perioral.
- Contracción de los músculos maseteros y temporales que colocan a los dientes superiores e inferiores en contacto.
- Movimiento peristáltico lingual que se inicia en la punta de la lengua, la cual está en contacto con el paladar duro detrás de los incisivos y llega hasta su base.
- Elevación del velo del paladar.
- Ascenso del hioides.

Cuando el bolo alimenticio pasa los pilares anteriores del velo del paladar, comienza la segunda fase, faríngea o refleja, que conduce este bolo o saliva hasta el esófago, mediante la continuación de la onda peristáltica. La deglución descrita es la llamada "adulta" o "madura".

Se denomina "deglución infantil" a la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad aunque puede llegar a extenderse hasta los 5 años.

La deglución infantil típica del niño antes de la erupción dentaria, se caracteriza por:

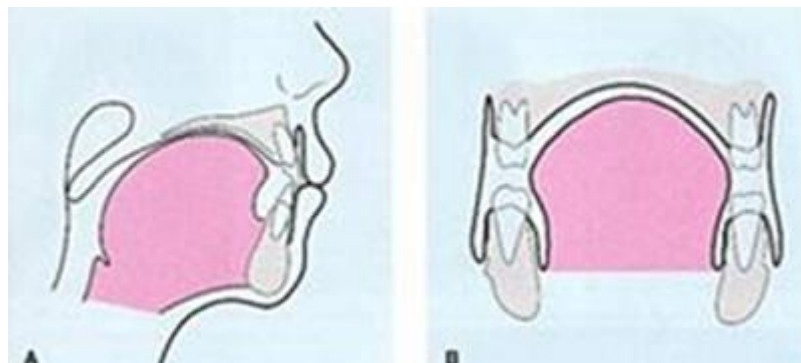
- Los maxilares se separan.
- Con la lengua interpuesta entre ellos, el movimiento es guiado por un intercambio sensorial entre los labios, la lengua y a musculatura perioral.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

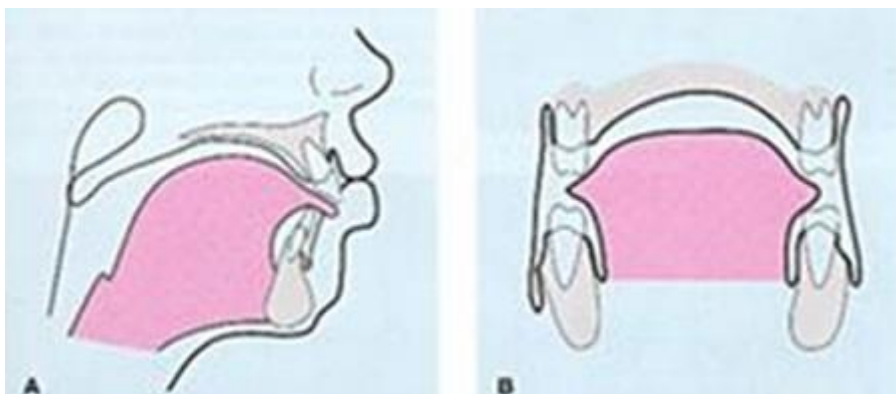
- La mandíbula se fija y se proyecta hacia delante, de tal forma que la lengua puede presionar el pezón contra la arcada dentaria superior durante el amamantamiento.

El cambio al patrón de deglución adulta se va estableciendo gradualmente debido a la aparición de la dentición, al menor tamaño proporcional de la lengua con respecto a la cavidad bucal (dado que crece mucho menos que las dimensiones generales orofaciales), a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación al comenzar la ingestión de alimentos sólidos.

DEGLUCIÓN NORMAL



DEGLUCION ATÍPICA



Deglución atípica

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución atípica se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior.

Etiología

Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar:

1. La alimentación artificial por medio de la mamadera.
2. Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes, hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia adelante, dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
3. Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
4. Macroglosia: son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
5. Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.
6. Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. Existen estadios de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.

Efectos bucales de la deglución atípica

- Mordida abierta anterior simétrica.
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.
- Hipertonicidad de la borla de mentón.
- Hiperactividad de los músculos de la masticación.
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar.
- Incompetencia labial.
- Problemas fonéticos.
- Mordida abierta anterior.

Estas anomalías no se manifiestan cefalométricamente a nivel esquelético, por tal motivo el diagnóstico diferencial con las mordidas abiertas esqueléticas es sumamente sencillo.

Diagnóstico

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos del paciente durante el acto de la deglución, tales como:

- Posición atípica de la lengua
- Falta de contracción de los maseteros
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimiento con la cabeza
- Tamaño y tonicidad de la lengua
- Babeo nocturno dificultad de ingerir alimentos sólidos
- Alteración en la fonación. Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, H, y Y. El sellado fonético del labio inferior con los bordes incisales es importante para los sonidos de la F y V. Los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la S y

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

puede ocurrir un "seseo" o pronunciación imperfecta de la S por sustitución interdental de la lengua.

- Acumular saliva al hablar.

La deglución es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. Con el aumento de la protrusión de los incisivos y a la creación de una mordida abierta anterior, aumenta aún más la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal.



En el examen clínico, la deglución infantil se detecta fácilmente porque el paciente realiza una mueca característica que consiste en una contracción labial en el momento de deglutir y además por la mordida abierta anterior que acompaña a esta disfunción.

Deglución con interposición lingual simple:

- Se caracteriza por la contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula.
- Dientes en oclusión, mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta.
- Mordida abierta muy circunscrita.
- Generalmente, niños respiradores nasales con hábito de succión digital.
- Presentan buen ajuste oclusal y buena intercuspidadación aunque esté presente la maloclusión.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

Deglución con interposición lingual compleja:

- Contracciones de los labios y de los músculos faciales y mentoniano.
- Ninguna contracción de los músculos
- Interposición de la lengua entre los dientes y deglución con los dientes separados.
- Mordida abierta generalmente más difusa y difícil de definir.
- En muchas ocasiones, no presenta mordida abierta.
- Generalmente, respiradores bucales y casi siempre con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias

Deglución infantil persistente:

- Persistencia predominante del reflejo de deglución infantil pos erupción de los dientes permanentes.
- Fuertes contracciones de los labios y de la musculatura facial.
- Interposición de la lengua entre los dientes, tanto en la parte anterior como lateralmente.
- Musculaturas facial y bucal tensas, fuertes contracciones del músculo buccinador-
- Los pacientes presentan serias dificultades en la masticación, ya que los dientes casi siempre sólo ocluyen sobre un molar de cada cuadrante.

Tratamiento

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino. Para lograr este fin, se debe establecer una relación de confianza entre paciente y terapeuta, en donde este último deberá:

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

- Explicar el objetivo del tratamiento
- Explicar la función de los ejercicios que se e indicaran al paciente
- Mostrar cuál es la forma correcta de ejecutar los ejercicio

Ejercicios miofuncionales recomendados

- **Reeducación de la posición lingual:** usar una pastilla de menta mini, en donde se le indique al niño que mantenga la misma, con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir y mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva. Así, tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación y estimula los impulsos propioceptivos de la deglución.



- **Cierre labial:** comer cereal en aros. Una vez al día debe sujetar los aros de cereal con los labios uno por uno e introducirlos con movimientos labiales al interior de la boca para comerlos. Con esto, estimula orbiculares y contrae el mentoniano.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

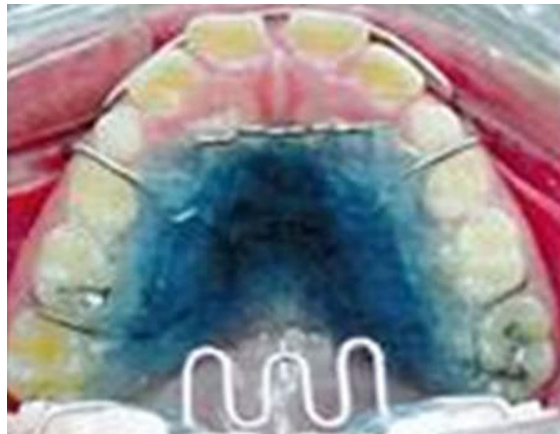


La duración del tratamiento varía de acuerdo con los pacientes y el grado de colaboración de los mismos.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se pueden realizar tratamiento de tipo ortodónticos.

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos:

1. **Los retractoros**, que poseen como único objetivo, evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.



2. **Los estimuladores**, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.



SUCCIÓN

La palabra succión, según el diccionario de la lengua española y Larousse, es la extracción de un líquido, con los labios de una cosa, siendo este, un instinto reflejo.

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses.

Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana, permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación, se considera un mal hábito cuando persiste estando las piezas en boca.

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar de satisfacción y seguridad, ya que le sirve de intercambio con el mundo exterior. En el neonato existen tres reflejos que permiten la lactancia materna y le garantizan la supervivencia:

- Reflejo de búsqueda
- Reflejo de succión
- Reflejo de deglución

Durante el amamantamiento se presentan dos etapas o fases.

En la primera parte se produce un cierre hermético de los labios del bebé con la areola y el pezón. La mandíbula desciende y se crea el vacío entre el paladar blando y la parte posterior de la lengua.

En la segunda etapa la mandíbula avanza y nivela los rebordes alveolares de los dos maxilares. Para extraer la leche presiona el pezón en la zona de los tubérculos de Montgomery. Este movimiento posteroanterior de avance de la mandíbula hace posible la alimentación natural al pecho y favorece la morfogénesis de la Articulación temporomandibular (ATM). Se denomina "**primer avance fisiológico de la oclusión**". La lengua adquiere forma cóncava y recibe la leche para deglutirla. Al retirar el pezón éste tendrá forma plana en la parte superior y cóncava en la parte inferior, causada por la presión de la lengua contra la bóveda palatina.

Con el uso del chupete o de la mamadera la mandíbula se queda atrás y no se presenta el primer avance fisiológico, favoreciendo la presencia de Clase II (distoclusión), apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, mal posiciones dentarias. Crea costumbres nocivas como el mal agarre del pezón trayendo como consecuencia que el lactante quede insatisfecho en la alimentación, y en su mayoría adopte el hábito no nutritivo de la succión digital.

Succión Digital

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral, La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América), considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”



Etiología

Larson considera *“la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere de un menor esfuerzos físicos; al no fatigar al bebe impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión”*. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento. Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar. Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

mantenimiento de estados de salud favorables; mientras que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo. Una familia donde se abuse física, psicológicamente o simplemente por negligencia, no cumple de manera óptima con sus funciones básicas y se convierte en fuente de insatisfacciones y malestar, y es capaz de generar conductas que rompen el equilibrio, biológico, psicológico y social que debe tener todo individuo para su desarrollo saludable, siendo unas de las conductas adoptadas, el hábito de succión digital.

Tipos de hábitos de succión digital

1. Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
2. Succión de otros dedos: Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan: tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito.

El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como demuestran los estudios de biomecánica. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral.

Tal y como ya hemos comentado, se considera que el hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

y asentamiento de la dentición temporal, demostrándose que produce efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad.

Número de dedos implicados y su forma de colocación.

Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados. Asimismo es importante la forma de introducirlo en la boca; si apoya sobre los incisivos inferiores y en este caso, si lo hace la superficie dorsal del dedo (tiene un efecto más nocivo al actuar de fulcro) o la superficie palmar, si alcanza la bóveda palatina.

- Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.
- Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retro inclinación de los incisivos antero inferiores.
- Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

Consecuencias

Las repercusiones de este hábito, derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

Tratamiento

El tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados.

El análisis completo de los factores relacionados con el hábito y de los efectos observados a nivel bucodental, junto con la valoración psicológica del paciente respecto a la existencia de disturbios psicológicos, colaboración del paciente, consciencia/inconsciencia del hábito y la cooperación de los padres, nos darán las pautas del momento ideal de actuación para la interrupción del hábito. En términos generales, parece que existe consenso en no actuar antes de los cuatro o cinco años de edad pero tampoco se debe demorar el tratamiento sin justificación, intentando normalizar la oclusión antes del recambio dentario completo para evitar un acrecentamiento de las anomalías.

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodónticos que dificultan el hábito y tratamientos miofuncionales.

Ejercicios miofuncionales recomendados:

- **Cierre labial:**

- Mantener el baja lengua o un cepillo de dientes en sube y baja, con una frecuencia de una vez al día manteniéndola arriba durante 5 segundos. Se estimulan orbiculares y se contrae el mentoniano.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

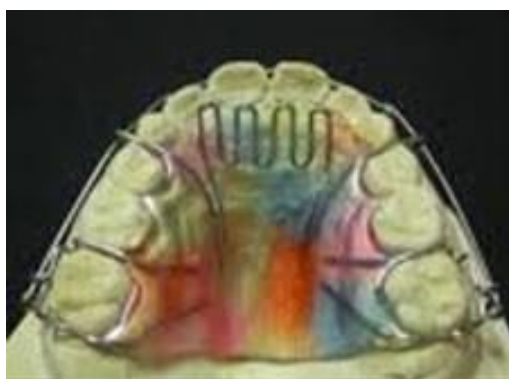


- Sujetar una hoja de papel con una frecuencia de 25 veces una vez al día, manteniéndola arriba durante 5 segundos. El paciente debe sujetar la hoja con los labios mientras el terapeuta trata de sacársela. Se puede alternar con el ejercicio anterior. Con esto se estimulan orbiculares y se contrae el mentoniano.



- **Utilización de dispositivos ortodónticos:**

1. Aparatología Removible (miofuncional)
2. Aparatología Fija (restrictivos)



“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son el arco de Halley con rejilla palatina y tornillos expansores.

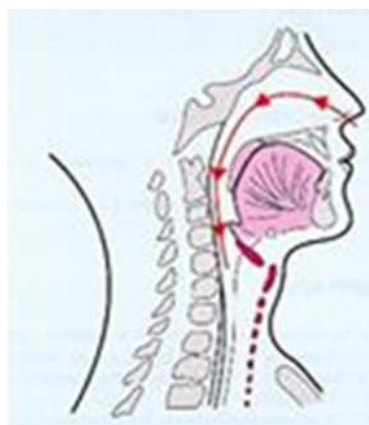
RESPIRACION

La respiración normal también llamada respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva, y al apoyarse íntimamente contra el paladar, ejerce un estímulo positivo para su desarrollo.

Respiración nasal

Las fosas nasales limpian y caldean el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas, y la cavidad bucal solo debe intervenir en la respiración en aquellos casos de esfuerzos físicos cuando el aire inspirado por las fosas nasales resulta ineficiente.

Cualquier obstáculo para la respiración nasal deriva en respiración por la boca. En estos casos la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire.



Este fenómeno acarrea dos consecuencias:

1. Por una parte provoca una falta de crecimiento transversal del maxilar superior al quedar sometido a las fuerzas centrípetas de la

musculatura mímica, especialmente del músculo buccinador. Esto se manifiesta clínicamente con un maxilar superior estrecho, elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores.

2. La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de altura facial inferior. Este tiempo de crecimiento se ve favorecido también por la mayor apertura bucal que tienen estos pacientes en la posición de reposo mandibular.

Respiración bucal

Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior, ya sea por hipertrofia de las adenoides amígdalas palatinas, rinitis alérgicas, desviaciones del tabique nasal y cavidad nasal estrecha con hipertrofia de cornetes.

Se hace necesario el diagnóstico diferencial entre respiradores bucales con causa determinada, y los respiradores bucales por hábitos. La respiración bucal se incluye como un hábito porque, una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, con frecuencia el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca.

La respiración bucal constituye un síndrome llamado SRB o Síndrome de Respirador Bucal que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía.

Los que lo hacen por costumbre, mantienen esta forma de respiración aunque se les hayan eliminado el obstáculo que los obligaban a hacerlo, y los que lo hacen por razones anatómicas, son aquellos, cuyo labio superior corto no les permiten un cierre bilabial completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”



Características más resaltantes de la Respiración Bucal

En la respiración bucal, la lengua asume la posición ascendente, causando un desequilibrio de la musculatura, con el cual desaparece el apoyo interno de los dientes posterosuperiores y permite que la musculatura bucal descanse sin oposición en la parte externa; por tanto, se crea una contracción del arco superior y del paladar. Para permitir el paso del aire por la boca, es necesario que el paciente mantenga de manera permanente un "pasillo bucal" libre, la mandíbula gira hacia abajo y la lengua se mantiene en posición baja, dejando de modelar el paladar. El aire que penetra por la boca empuja el paladar hacia arriba y como no hay fuerza contraria de la columna de aire nasal, éste permanece alto.

Históricamente, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal ha sido vinculado a una serie de anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, denominadas FACIES ADENOIDEA o Síndrome de la Cara Larga, que se caracteriza por:

- Cara larga (mayor altura del tercio inferior de la cara)
- Ojeras
- Depresión malar
- Tercio inferior aumentado
- Resequedad e incompetencia labial
- Paladar ojival ya sea en forma de V o U,
- Mordida abierta anterior

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

- Mordida cruzada posterior
- Colapso del maxilar superior.
- Gingivitis
- Elevación de la base de la nariz (que presentara su punta elevada, permitiendo una observación frontal de las narinas, que serán estrechas)
- Maxilar superior protruido.
- Vestibularización de los incisivos superiores, gran resalte.
- Retrusión maxilar.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes.
- Déficit de neumatización de los senos.
- Modificación de la posición de la cabeza.
- Predisposición a una pronunciación mala (ceceo debido a una protrusión lingual).



Las principales molestias de estos pacientes son: sensación de falta de aire, cansancio durante las actividades físicas, dolor de cuello o espalda, alteraciones del gusto y el olfato, halitosis, boca seca, somnolencia diurna, así como salivación abundante al estar hablando al dormir llegando incluso a mojar las sábanas. También se han reportado alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración Deficiente oxigenación

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

cerebral, produciendo déficit de atención y concentración y las consecuentes dificultades de aprendizaje.

Maloclusiones más frecuentes

- Alteraciones en el Plano Sagital
- Alteraciones en el Plano Transversal
- Mordida Cruzada Posterior
- Alteraciones en el Plano Vertical
- Patrones dolicofaciales
- Altura facial inferior aumentada
- Extrusión de piezas dentarias
- Mordida Abierta Anterior



Tratamiento

El tratamiento de la respiración bucal requiere un equipo multidisciplinario. Debemos tanto corregir su causa primaria como además tratar sus repercusiones locales y generales.

Solo una historia clínica muy completa aumentara las posibilidades de éxito de tratamiento de esta afección. El requerimiento terapéutico puede ser muy variado e incluye:

- a. Extirpación quirúrgica de amígdalas y tejido adenoideo
- b. Medicación en caso de rinitis alérgicas, asma, procesos infecciosos, etc.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

- c. Tratamiento fonoaudiológico que comprende la reeducación mediante gimnasia respiratoria para la creación de nuevos esquemas neuromotores.
- d. Tratamiento ortopédico y ortodóntico.

Se requiere **reeducación respiratoria** ante la persistencia de la respiración bucal posterior a la corrección de la causa primaria. Frente a los trastornos de la pronunciación asociados a este cuadro, descritos previamente, la terapia fonoaudiológica se transforma en un complemento fundamental en el tratamiento. Esta terapia está destinada a lograr el desarrollo de un tono adecuado de los músculos periorales y junto con esto al desarrollo del hábito de respiración nasal.

El tratamiento seguirá la causa de la respiración bucal:

- Alergia: Alergólogo y otorrinolaringólogo.
 - Anatómicas: Otorrinolaringólogo, ortodontista, cirujano.
 - Genéticas: malformaciones craneofaciales, genetista.
- Alergólogo: trata las infecciones respiratorias asociadas (bronquitis, amigdalitis) y las alergias (rinitis, sinusitis) a través de fármacos. A menudo los que respiran por la boca presentan un cuadro de apnea obstructiva del sueño. Los problemas respiratorios son altamente reincidentes y las alergias solo se estabilizan, no se curan.
- Otorrinolaringólogo: trata el despeje de las vías aéreas superiores obstruidas que causan la respiración bucal: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos (engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal) y puede tratar alergias. Para detectar el problema se realizan varios exámenes (test sanguíneos, test cutáneos, radiografía de cavum y nasolingofibroscopia. Las alergias se tratan con medicamentos.
- Ortodontista: modifica la estructura bucal para una correcta respiración, a través de aparatos ortopédicos fijos o móviles. Trata los problemas de: compresión de maxila, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

cruzada. Tratamiento en niños: rol interceptivo; trata de que el problema se revierta durante el desarrollo. Expansión de maxila: se puede utilizar una placa de expansión, trampa palatina, ejercicios elásticos adosados a pantalla oral para estimular los orbiculares de los labios y el elevador del labio superior y placa vestibular de acrílico. En adultos: rol correctivo; se usan aparatología fija y en algunos casos cirugía. Luego la corrección debe recurrir a la rehabilitación pues el paciente sigue con el mal hábito de respirar por la boca.

- Fonoaudiólogo: encargado en la rehabilitación del menor, es mejor cuando el paciente posee la edad suficiente para entender el objetivo del tratamiento; enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla. El Fonoaudiólogo evalúa al menor en cuanto a: posición lingual (entre dientes y en el piso de la boca), deglución atípica (posición interdental de la lengua al deglutir), malos hábitos, fonoarticulación (fonema S). El tratamiento es muy difícil porque: el paciente es de difícil manejo, cuesta enseñar a respirar pues es un proceso espontáneo. Lo más importante es enseñar la posición correcta de la lengua (hacia palatino) y acostumbrarlo a mantenerla allí, con eso el problema está casi solucionado. Pasos a seguir: concienciación, praxis buco linguales (movimientos voluntarios), ejercicios de respiración (nasal y costo diafragmática) en diversas posiciones, deglución (propiocepción) y ejercicios de articulación de fonemas.

- Kinesiólogo, Traumatólogo y Ortopedista: el síndrome del respirador bucal trae consecuencias en todo el cuerpo como lo son los cambios de postura, entre estos problemas tenemos la escoliosis y el pie plano.

- Odontólogo: la persona con este síndrome tiene una autohigiene deficiente ya que la saliva, al tener la boca abierta se seca, lo cual impide una buena autoclisis. Esto acompañado de una mala higiene por parte del individuo puede causar fácilmente caries.

Si bien la respiración es una función innata en el cuerpo humano y lo natural es respirar por la nariz, algunas personas respiran por la boca, lo que puede optarse como una costumbre. Estas personas pueden respirar

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

libremente por su nariz pero lo hacen por la boca. A ellos se les debe reeducar este mal hábito, recomendándoles que en las noches usen un aparato, confeccionado por el odontólogo, en un material llamado "acrílico". El paciente lo coloca en su boca en las noches y duerme con él, ubicándolo entre los labios y los dientes y así van transformando esta costumbre. El aparato corrector se llama "Pantalla Vestibular". Al principio se le hacen unos agujeritos que permitan pasar el aire y paulatinamente se los van cerrando hasta que el paciente emplea su nariz para respirar.

Posteriormente a que el médico deje libre la vía aérea, el paciente deberá reeducar su respiración para que sea nasal y usará la "Pantalla Vestibular".

PLACA VESTIBULAR QUE AYUDA A REEDUCAR LA RESPIRACIÓN DEL PACIENTE



Si se coloca un aparato corrector y el paciente no ha sido antes liberado de su impedimento físico, simplemente no usará su aparato porque no puede respirar por la nariz.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

Utilización de dispositivos ortodónticos:

- Aparatos extra orales: mentonera y tracción extra oral (de inserción superior) con apoyo occipital.



A



B

- Aparatos Intraorales de acción indirecta: plano posterior de mordida, rejillas linguales y aparatología funcional.



- Aparato de disyunción: tornillo de expansión.



A



B

HIPOTESIS

El estudio planteado ayudará a conocer y divulgar la relación estrecha entre lactancia materna exclusiva no menor a un periodo de cuatro meses y la no instauración de hábitos nocivos de succión digital, chupete y uso del mamadera; proporcionará información relevante de gran utilidad para las madres, docentes y todos aquellos profesionales del área de la salud; ya que la lactancia materna, si bien es cierto, que es de suma importancia para establecer el vínculo afectivo madre-niño y nutricional; también conlleva al establecimiento de conductas apropiadas, impidiendo la adquisición de hábitos nocivos de succión que pueden alterar el desarrollo maxilar; y estimula el desarrollo del sistema estomatognático y al complejo cráneo-facial del niño permitiendo un adecuado balance funcional y estético.

METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación:

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal.

Población o muestra:

La población a considerar para la investigación estará constituida por 24 niños entre 4 a 5 años de edad que asisten regularmente al Nivel Inicial de la Escuela Municipal Gregorio de Jesús Díaz de la ciudad de Banda del Río Salí, de la provincia de Tucumán.

Estarán separados en dos grupos: aquellos que tuvieron lactancia materna exclusiva y los que tuvieron lactancia materna mixta; por un periodo no menor de 4 meses. Quedarán excluidos del trabajo aquellos recién nacidos que tuvieron alimentación parenteral y aquellos niños con daño neurológico, que no estuviesen estabilizados médicamente al momento de la evaluación y con malformaciones anatómicas de la cavidad oral.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se solicitará autorización, por escrito, mediante una nota a la Directora del establecimiento escolar de la provincia de Tucumán con el fin de informarle acerca del Proyecto de investigación y, a la vez, para llevar a cabo las evaluaciones necesarias en dicha institución.

Previo a las evaluaciones, se hará entrega a los padres de un consentimiento informado, documento en el que se detalla el contenido de investigación y las evaluaciones que se realizarán. A través del mismo, se obtendrá así, la autorización voluntaria por parte de los padres o tutores para la participación de los niños en el estudio.

VARIABLES

- **Edad:** Cantidad de tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la evaluación; expresado en años. En esta investigación la franja etaria corresponderá a los cuatro años y 0 meses (4 a 0 m) a cinco años y doce meses (5 a 12 m).
- **Sexo:** condición biológica que distingue masculino de femenino, se registrará como niños y niñas.
- **Lactancia Materna:** La lactancia materna es la alimentación del lactante por medio de leche materna. Ésta es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz, que en algunos países es la única manera de asegurar la supervivencia y el crecimiento del recién nacido. Incluye, lactancia materna exclusiva, lactancia artificial y lactancia materna mixta.
- **Maloclusión:** La mal oclusión es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye mordida abierta y mordidas cruzadas entre otras.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se emplearán:

Cuestionario dirigido a padres o tutores del niño: El mismo fue adaptado de dos cuestionarios empleados en investigaciones científicas de Brasil y publicadas en la Revista CEFAC, Sao Paulo en el 2005 y 2006.

El cuestionario consta de dos partes; la primera referente a los datos del niño tales como nombre, fecha de nacimiento, edad cronológica, fecha de aplicación, nombre de la institución educativa, entre otros. La segunda, está constituida por 12 preguntas de las cuales una de ellas tiene opción múltiple.

Ficha de observación para identificar la presencia de maloclusiones:

este instrumento fue aprobado por expertos del Centro Peruano de Audición, Lenguaje y Aprendizaje en el año 2001.

El instrumento consta de 2 partes. En la primera se registran los datos generales del niño tales como nombre, fecha de nacimiento, edad cronológica y fecha de observación. En la segunda parte, mediante 3 ítems se registran la existencia de algún tipo de maloclusión.

PROCEDIMIENTOS

Los niños serán evaluados en un salón que la institución brindará para tal fin, de manera que se pueda trabajar en forma individual respetando igualdad de condiciones. Las Fonoaudiólogas asistirán a la institución dos veces a la semana, y recolectarán la información necesaria de los Padres o Tutores de los niños, como así también de los niños, en el tiempo que dichas técnicas lo requirieran.

El cuestionario para padres o tutores de los niños, será entregado a los mismos, los cuales recibirán la información necesaria sobre la finalidad del estudio, garantizando la confidencialidad de su información. Luego se procederá a dar orientación necesaria para el llenado del cuestionario. El responsable en resolver el cuestionario será orientado a devolver el cuestionario debidamente desarrollado a cada terapeuta responsable, en un plazo máximo de una semana.

La ficha de observación de maloclusión, se administrará en forma individual; para ello el niño estará correctamente sentado sobre una silla que le permitirá mantener los pies sobre el piso, frente a la terapeuta, quien se sentará frente al niño; posición que mantendrá a lo largo de la observación.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizará un análisis descriptivo de las variables en estudio, se recolectará la información y todo será volcado en las planillas elaboradas para tal fin y se procesará los datos obtenidos de esta Investigación a través de los gráficos del Programa Microsoft Excel.

Luego se procederá a realizar el análisis estadístico respectivo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El estudio se llevará a cabo durante un período de 9 meses. El calendario de actividades se organizará por períodos mensuales. El comienzo del trabajo será en el mes de Marzo del presente año y concluirá con la entrega de la Tesis Final:

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Set.	Oct.	Nov.
<i>Conformación del equipo de Trabajo</i>	✓								
<i>Búsqueda bibliográfica.</i>		✓	✓	✓					
<i>Presentación de tema problema.</i>				✓					

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

<i>Elaboración Borrador del Anteproyecto</i>					✓	✓			
<i>Revisión y corrección</i>							✓		
<i>Recolección Procesamiento y Análisis de Datos</i>							✓	✓	
<i>Elaboración Borrador de Tesis</i>								✓	
<i>Presentación de Tesis</i>									✓

PRESUPUESTO

- **Recursos institucionales:**

Institución que avala el estudio:

- Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua.

Institución donde se realizará el trabajo de investigación:

- Escuela Municipal Gregorio de Jesús Díaz de Tucumán.

- **Recursos humanos:**

Se contará con la colaboración de:

- Directivos y Docentes de la Escuela.
- Odontólogo.
- Padres y/o tutores a cargo.

- **Recursos materiales:**

- | | |
|---|---------|
| - Cuestionario para Padres y Tutores de los niños | \$ 200 |
| - Ficha de Observación de la Maloclusión | \$ 200 |
| - Viáticos: gastos de transporte | \$1.200 |
| - Artículos de librería papeles y lapicera | \$ 380 |
| - Otras fotocopias | \$ 200 |
| - Material descartable (guantes, barbijo, baja lenguas) | \$ 250 |

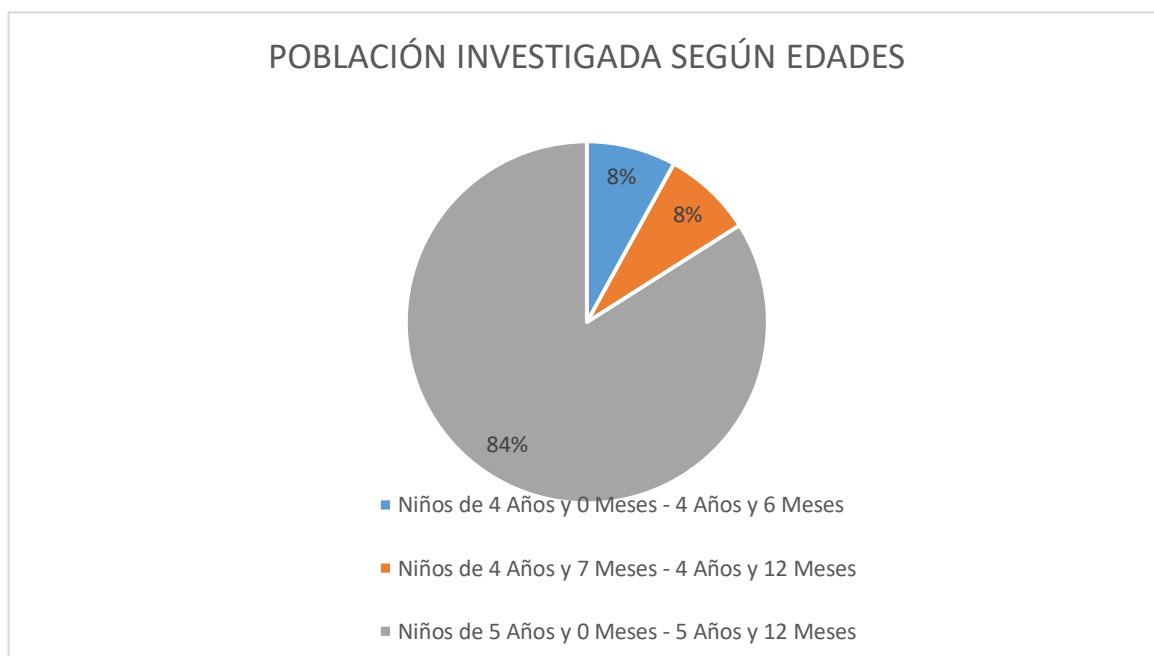
TOTAL: \$ 2.430

PRESENTACION DE DATOS

Luego del Análisis y Procesamiento de los Datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos y estrategias para la recolección de información, se obtuvieron las siguientes estadísticas:

GRÁFICO N° I

:



El presente gráfico N° I muestra la población investigada según la edad: de los 24 niños tomados como muestra en el estudio, el 8 % se encuentra en la franja etaria que corresponde a los 4 años y 0 meses y los 4 años y 6 meses de edad, el 8% a los 4 años y 7 meses y los 4 años y 12 meses y el 84 % a niños de 5 años y 0 meses y los 5 años y 12 meses. Como podemos apreciar, la muestra está constituida mayoritariamente por niños entre los 5 años y 0 meses y los 5 años y 12 meses de edad.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

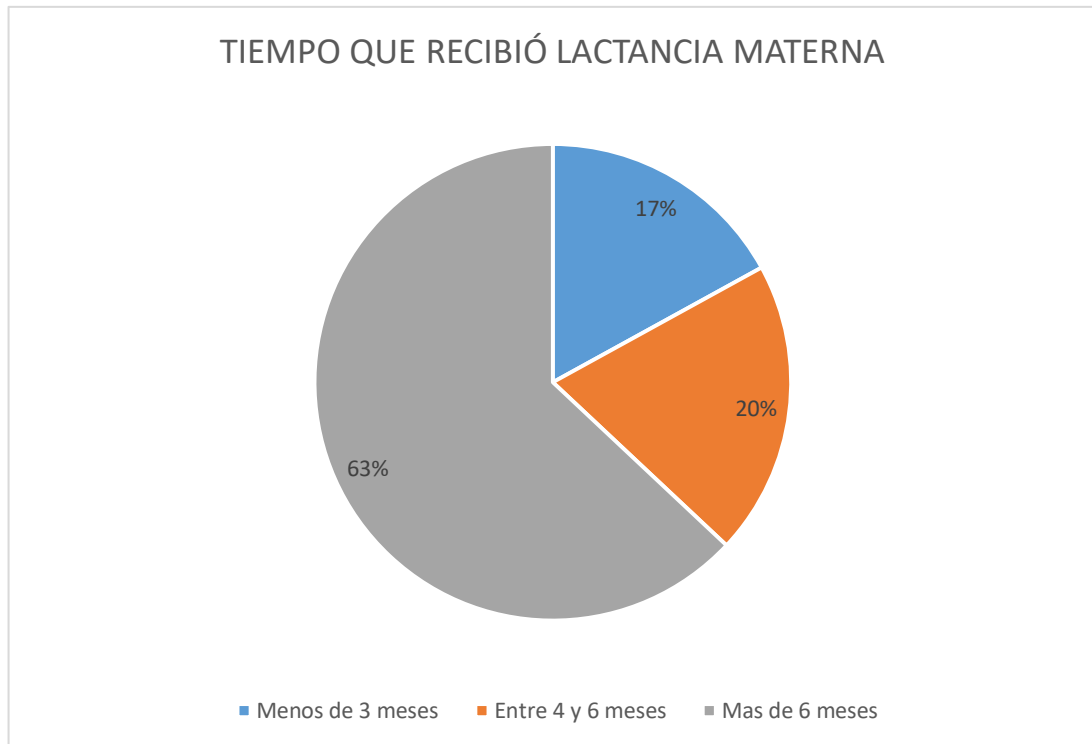
GRÁFICO N° II



El gráfico N° II muestra la distribución del grupo según el género apreciándose que, el 46% de los niños son de sexo masculino y el 54% de sexo femenino.

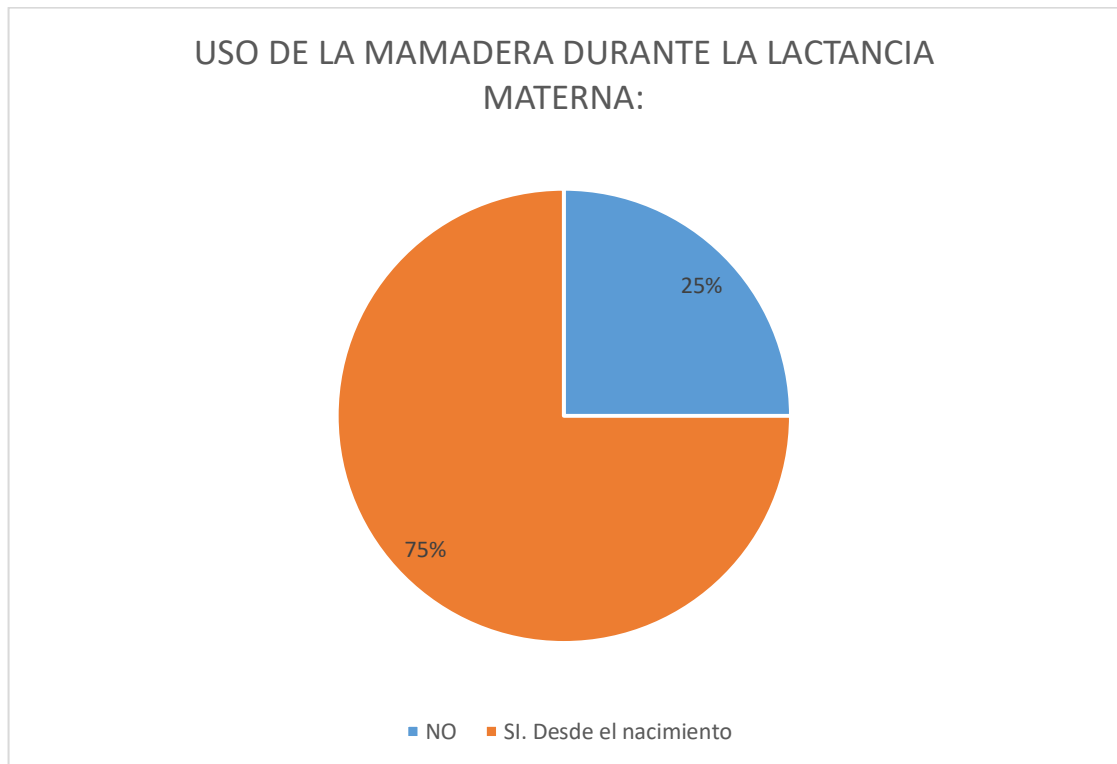
“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

GRÁFICO N° III



El gráfico N° III muestra que de las 24 madres que amamantaron por pecho a sus hijos, el 17 % lo hizo menos de 3 meses, el 20 % entre los 4 y 6 meses y el 63% restante lo hizo por más de 6 meses; lo que nos muestra que más de las dos terceras partes de la muestra en estudio recibió lactancia materna por más de 6 meses.

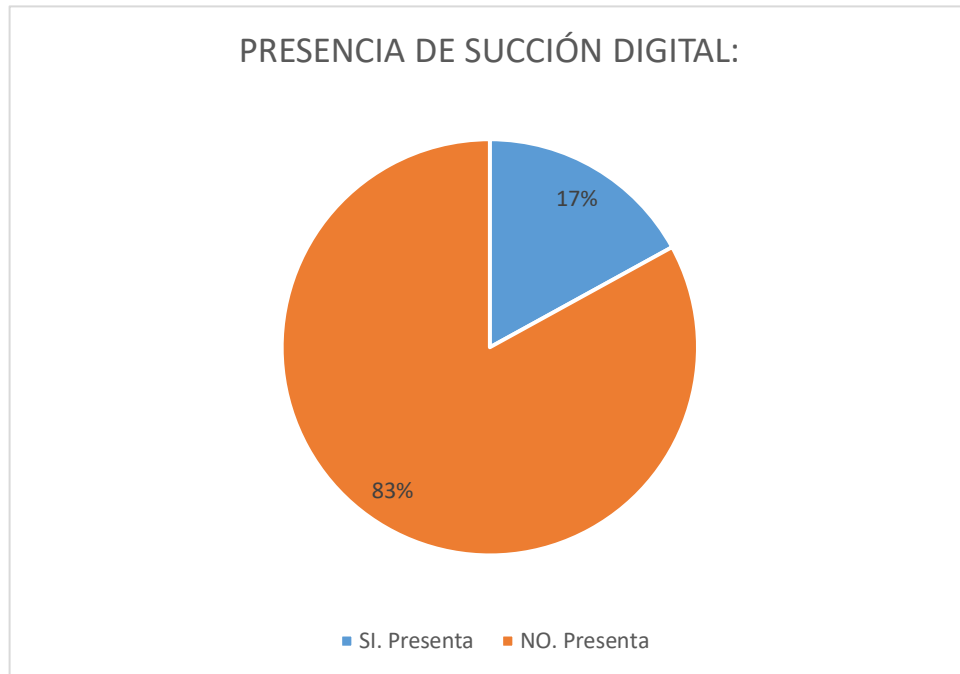
GRÁFICO N° IV



El gráfico N° IV muestra que de todas la madres encuestadas el 75 % de ellas recurrió al usó de la mamadera durante la lactancia (lactancia materna mixta), mientras que el 25 % no recurrió al uso de la mamadera (lactancia materna exclusiva).

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

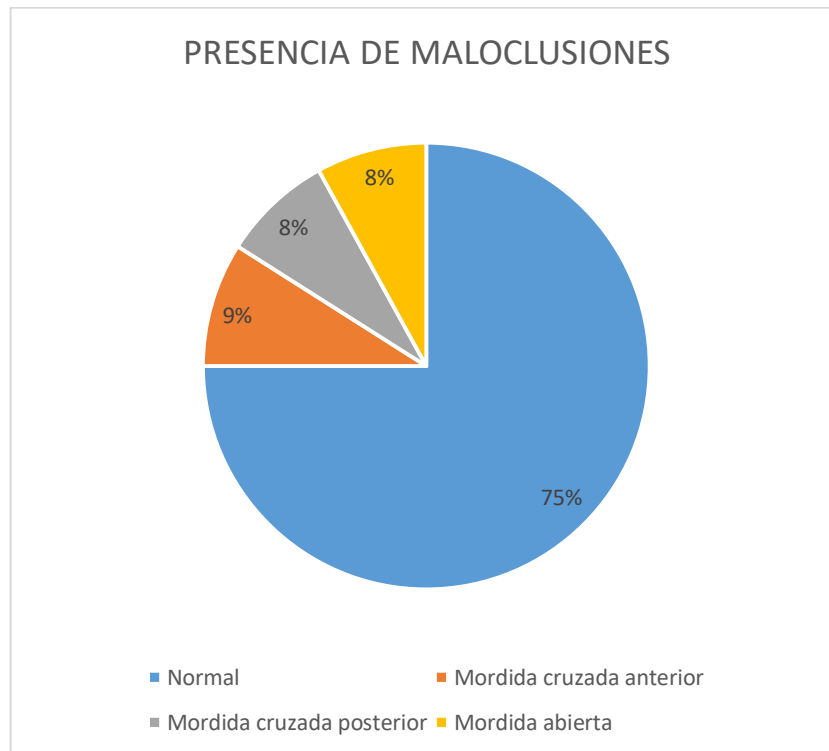
GRÁFICO V



En el gráfico N° V se observa que de la muestra investigada , un 17% de los niños, cuyas madres recurrieron a la lactancia materna por un período no menor a 4 meses, presentó succión digital .

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

GRÁFICO N° VI



El gráfico N° VI indica la presencia de maloclusiones en niños que recibieron lactancia materna mixta, como consecuencia del uso del chupete, la succión digital y la mamadera; siendo la mordida cruzada anterior la más frecuente (9%) seguida de la mordida cruzada posterior (8%) y mordida abierta (8%) lo que indica la existencia de una relación entre el tipo de lactancia materna recibida, la prolongación por meses de hábitos nocivos de succión y la presencia de maloclusiones.

ANALISIS

En este trabajo se estudió el efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y su incidencia en la maloclusión en niños de 4 a 5 años de edad.

De las 24 madres que amamantaron por pecho a sus hijos el 17 % lo hizo menos de 3 meses, el 20 % entre los 4 y 6 meses y el 63% restante lo hizo por más de 6 meses. Como se puede ver, más de las dos terceras partes de la muestra en estudio recibió lactancia materna por más de 6 meses.

En cuanto al uso de la mamadera, el 75% de las madres encuestadas recurrió a la lactancia materna mixta, mientras que el 25 % a la lactancia materna exclusiva; pero como dato destacado, en la actualidad los niños toman al menos una vez al día, la mamadera. Los datos recabados indican una alta tendencia de las madres al uso de la mamadera durante la lactancia.

Se observa, que de la muestra investigada, un 17% de los niños, cuyas madres recurrieron a la lactancia materna por un período no menor a 4 meses, presentó succión digital .

En esta investigación, se observó que los niños que recibieron lactancia materna mixta, usaron chupete y tuvieron succión digital, presentan maloclusión, siendo la mordida cruzada anterior la más frecuente (9%) seguida de la mordida cruzada posterior (8%) y mordida abierta (8%). Esto indica que la existencia de maloclusiones, tienen su relación o incidencia en el tipo de lactancia recibida y la prolongación de hábitos nocivos de succión.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de las estadísticas realizadas y de las fuentes consultadas referidas a esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La prolongación de hábitos de succión, se dan con mayor frecuencia en aquellos niños que recibieron lactancia materna mixta, a diferencia de aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva.
- La lactancia mixta o sólo artificial y la succión prolongada durante el uso de la mamadera en la fase de dentición decidua, pueden originar algún tipo de maloclusión; siendo, en esta investigación, la mordida cruzada anterior la más frecuente (9%) .
- Por lo tanto, la lactancia materna como primera opción, reduce la incidencia de succión extra, es decir que la lactancia materna incide en la salud bucal.
- Quedó demostrado a través de la presente investigación que existe Relación directa entre el tipo de lactancia y hábitos nocivos de succión con la maloclusión.

Surge de esta investigación, la importancia del profesional fonoaudiólogo en campañas que promuevan la importancia de la lactancia materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida, a fin de prevenir y alertar precozmente, sobre las posibles alteraciones que la lactancia artificial puede causar.

SUGERENCIA

Siendo la lactancia materna una medida preventiva para evitar la adquisición de hábitos orales nocivos durante la infancia, sugerimos la creación de Programas para incentivar la lactancia materna y la Prevención de hábitos nocivos de succión que influyen negativamente en el periodo de dentición decidua provocando posible maloclusión y consecuentes alteraciones en el sistema estomatognático, siendo este esencial en las funciones vitales como respiración, succión, masticación, deglución y fonación.

BIBLIOGRAFIA

- DEL MONTE, A. “Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios”. Universidad de Tunas. Cuba. (2000).
www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/micrognatismo.pdf
- RODRÍGUEZ, M. “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Daniel A. Carrión”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. (2002).
- Rodríguez, E. White, L.: (2008) Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento. Colombia.D´vinni, S.A.
- GRABER T 2004 Ortodoncia: Teoría y práctica Nueva Internacional Interamericana. 3era Edición, México.
- Planas, P.: (1994) Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO) 2da Edición. Barcelona, España, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Odontología Pediátrica. Universidad Central de Venezuela. Caracas: Disinlimed, 1996
- Canut Brusola, J. Ortodoncia Clínica Y Terapéutica. 2º Edición. Editorial Masson. 2000.
- Bustamante, M. Reeducción de hábitos orales en el paciente pediátrico. Clínica al día. Año 11 N° 3 - 2002. Caracas/Venezuela.
- Treviño- Salinas, Marisol. Prevalencia de respiración oral y su efecto en el desempeño escolar en niños con alergia respiratoria. Medicina Universitaria.2009. Vol. 11 N° 42.

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

- Silva, D. Síndrome de Respirador Bucal. 2000.
http://www.articulo.org/articulo/604/sindrome_de_respirador_bucal.html
- Ramírez, M. El Problema del Respirador Bucal. Dpto. medicina Familiar PUC.
<http://www.pediatraldia.cl/bucal.html>.
- Revista Cubana de Estomatología. Clínica Estomatológica Docente. Servicio de Ortodoncia. Artemisa. La Habana.
- DERMER, A. “Los beneficios de la lactancia para las madres, uno de los secretos mejor guardados”. (2002).
http://www.Illi.org/Lang/Espanol/NCVol14_1a_02.html
- MORGADO, D. “Lactancia materna, hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 3 años de edad. Revista Clínica Estomatológica docente Diego de Ávila. (2005).
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/articulos/al_v130207.html
- <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/202-5>
- http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.pdf-lactancia-materna
- https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/2/lactancia_materna_anomalias_dentofaciales.asp
- http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

ANEXOS

ANEXO Nº I:

San Miguel de Tucumán,..... de.....de 2017

*A la Directora de la Escuela Gregorio de Jesús Díaz
Banda del Río Salí, provincia de Tucumán*

Por la presente tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a fin de solicitar autorización para llevar a cabo, en la Escuela Municipal que tiene a cargo, un trabajo de investigación referido a: *“Relación entre lactancia materna y hábitos nocivos de succión no nutritiva y maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”* Para esto será necesario observar y evaluar a los niños de dicho establecimiento.

Cabe destacar que éste trabajo de investigación forma parte de nuestro Anteproyecto de la Tesis en la carrera “Licenciatura en Fonoaudiología”, la cual estamos cursando en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua de la provincia de Mendoza.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, la saludamos muy Atte.

NOTA: *Se asegura confidencialidad y absoluto anonimato de la información que se registre durante la investigación, como así también de los datos personales de los participantes de la misma. La investigación será llevada a cabo con la presencia del padre o tutor y/o cualquier integrante del Servicio.*

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

ANEXO Nº II:

San Miguel de Tucumán,..... de.....de 2017

A los Padres y/o Tutores

De la Escuela Municipal Gregorio de Jesús Díaz

Banda del Río Salí, provincia de Tucumán

Por la presente tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a fin de solicitar autorización para llevar a cabo, en la Escuela Municipal a la que asisten sus hijos, un trabajo de investigación referido a: *“Relación entre lactancia materna y hábitos nocivos de succión no nutritiva y maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”* Para esto será necesario observar y evaluar a los niños y que Uds. contesten un cuestionario.

Cabe destacar que éste trabajo de investigación forma parte de nuestro Anteproyecto de Tesis en la carrera “Licenciatura en Fonoaudiología”, la cual estamos cursando en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Aconcagua de la provincia de Mendoza.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, la saludamos muy Atte.

Autorizo a mi hijo a ser evaluado: SI NO

.....

Firma del Padre o Tutor

NOTA: *Se asegura confidencialidad y absoluto anonimato de la información que se registre durante la investigación, como así también de los datos personales de los participantes de la misma. La investigación será llevada a cabo con la presencia del padre o tutor y/o cualquier integrante del Servicio.*

ANEXO Nº III:
CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES

Nombre del niño:.....

Fecha de nacimiento:.....

Sexo: () F () M

Edad: años..... meses

Cuestionario desarrollado por: () Madre () Padre () Otros
especificar

1. ¿Su hijo fue amamantado por pecho?

() No

() Sí

() Sí, menos de 3 meses

() Sí, por 4 meses

() Sí, entre 4 y 6 meses

() Sí, por más de 6 meses

2. ¿La mamadera fue usada durante la lactancia materna?

() Sí, a partir del:

() nacimiento y 1er mes

() Entre el 1er y 3er mes

() Entre el 3er y 4to mes

() Después del 4to mes

() No

3. ¿Su hijo usó chupete mientras recibió lactancia materna?

() Sí, a partir del () nacimiento y 1er mes ¿Hasta cuándo?.....

() Entre el 1er y 3er mes ¿Hasta cuándo?.....

() Entre el 3er y 4to mes ¿Hasta cuándo?.....

() Después del 4to mes ¿Hasta cuándo?.....

() No

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

4. Si su respuesta anterior es afirmativa, conteste la siguiente pregunta:
¿Con qué frecuencia hizo uso del chupete?
() Durante el día
() Durante la noche
() Sólo para dormir
() Cuando estaba fastidiado
5. ¿Su hijo usó chupete después del destete?
() Sí ¿hasta cuándo?.....
() No, nunca usó
6. ¿Su hijo tiene el hábito de chuparse el dedo?
() Sí ¿cuándo comenzó?..... ¿hasta cuándo?.....
() No, nunca se chupó el dedo
7. ¿Actualmente, su hijo usa mamadera?
() Sí
() No
8. Si su respuesta anterior es negativa, sírvase contestar la siguiente pregunta:
Hizo uso de la mamadera hasta:
() El año y medio
() Entre el año y medio y los 2 años
() Entre los 2 años y 2 años y medio
() Entre los 2 años y medio y 3 años
() Después de 3 años
() No, nunca usó

“Relación entre lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental en niños de 4 a 5 años de edad”

9. ¿Ud. sabe que algunos de los hábitos orales, antes mencionados, puede causar algún problema en su niño?

Sí

No

10. ¿Ud. ha recibido alguna orientación sobre los daños causados por los hábitos orales de succión antes mencionados?

Sí

No

11. Si su respuesta anterior es afirmativa, conteste la siguiente pregunta:

¿De quién? (puede marcar más de una opción)

Odontólogo Médico Fonoaudiólogo

Otros:

12. ¿Si su niño presenta hábitos orales de succión, ha intentado retirarlos?

Sí

No

No, nunca presentó

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO Nº IV:

**FICHA DE OBSERVACION PARA IDENTIFICAR
PRESENCIA DE MALOCLUSIONES**

Datos Generales:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad Cronológica:

Fecha de Observación:

Definición Operacional

❖ Maloclusión

La maloclusión es el grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye mordida abierta, mordidas cruzadas entre otras:

a) Mordida Abierta Anterior

SI NO

Existencia de espacio mayor a 0mm. entre las superficies incisales de los dientes superiores e Inferiores en el sector anterior, impidiendo que uno o más dientes contacten con el correspondiente de la arcada antagonista.

--	--

b) Mordida Cruzada Posterior

Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores:

Mordida cruzada unilateral

--	--

Mordida cruzada bilateral

--	--

a) Otros:

Especificar.....