



Efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.

TESIS

Para optar el título profesional de Cirujano Dentista

AUTOR(a)

Carolina Mercedes Castro Rodríguez

ASESOR(a)

Mg. Estela Ricse Chaupis

Lima 2015

A Dios por ser mi guía.

A mis padres, por todo su amor, confianza y por la oportunidad de ayudarme a ser una profesional.

A mi hermoso hijo, que es lo más bello que tengo en la vida.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de las instituciones y el apoyo de todas las personas que hicieron posible el desarrollo de este estudio:

- Escuela Académica Profesional de Estomatología.
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Servicio de Pediatría.
- C.D. Estela Risce Chaupis docente de la Escuela Académica Profesional de Estomatología, asesora de la presente investigación, por su apoyo permanente el gran interés puesto en la elaboración del presente estudio.
- Dr. Diego Mendoza Mendoza Pediatra y asesor designado por el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- A todas las madres de familia que permitieron evaluar a sus niños.
- A las técnicas de enfermería que laboran en el Servicio de Pediatría por su amabilidad y su apoyo.

“Efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014”.

RESUMEN

La finalidad de estudio fue evaluar los efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales en 122 niños de 3 a 5 años, realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el servicio de pediatría. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria y representativa. Se realizaron entrevistas a las madres en la cual se registraba, el tipo, tiempo de lactancia y la presencia de algún hábito de succión no nutritivo. Además se aplicaron evaluaciones clínicas, en la cual se registraba la forma y tipo de arco dentario y el plano terminal.

Para el análisis estadístico del estudio se utilizó la prueba de chi-cuadrado. En la prevalencia del tipo de lactancia se observó que la lactancia materna exclusiva estuvo conformada por un 59%, la lactancia artificial exclusiva (25.4%) y la lactancia mixta (15.6%). Se encontró diferencias significativas en las asociaciones de las variables de tipo de lactancia con la forma de arco dentario superior, el plano terminal derecho e izquierdo y en los hábitos de succión no nutritivos, se encontró diferencia significativa en las asociaciones de las variables de succión de biberón con la forma del arco superior e inferior y los planos terminales derecho e izquierdo y en la interposición labial con el plano terminal derecho. Se halló que los niños que presentaron lactancia materna exclusiva tienen una correcta forma del arco dentario y un adecuado plano terminal.

Palabras claves: Lactancia, arco dentario, planos terminales, hábitos de succión

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effects of types of breastfeeding and non-nutritive sucking habits in the form and type of dental arch and flat terminals 122 children of 3-5 years old, conducted at the "Hospital Nacional Arzobispo Loayza" service pediatrics. The sample was randomly selected and representative. Interviews with mothers which was recorded, type, time of breastfeeding and the presence of some non-nutritive sucking habits were made. Besides clinical evaluation, in which the shape and type of dental arch and the plane was registered terminal applied. For the statistical analysis of the study's chi-square test we were used. In the prevalence of type of feeding it was noted that exclusive breastfeeding consisted of 59%, exclusive formula feeding (25.4%) and mixed feeding (15.6%). Significant differences plane left and right terminal was found in the associations of the variables type of feeding in the shape of upper dental arch, and habits of non-nutritive sucking, significant difference was found in the associations of the variables suction bottle shape with upper and lower arch and the left and right terminals flat and lip interposition right terminal plane. It was found that children who had exclusively breastfed have a correct form of the dental arch and a suitable terminal plane.

Keywords: Breastfeeding, dental arch, flat terminals, sucking habits.

Tabla de contenido

I. Introducción	1
1.1. Problema	2
1.1.1. Problemas principales	2
1.1.2. Problemas específicos	2
1.2. Hipótesis	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivos generales	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del problema	4
II. Marco teórico	5
2.1. Marco referencial	5
2.2. Bases teóricas	15
2.2.1. Desarrollo de la dentición	15
2.2.1.1. Dentición prenatal	15
2.2.1.2. Dentición postnatal	15
2.2.1.3. Cronología de erupción	17
2.2.1.4. Oclusión en dentición temporal	18
2.2.2. Arcos dentarios deciduos	19
2.2.2.1. Forma de los arcos	19
2.2.2.2. Tipos de arco deciduos	19
2.2.2.3. Las maloclusiones dentales	19
2.2.3. Los hábitos orales	20
2.2.3.1. Succión digital	21
2.2.3.2. Succión del chupón o biberón	24
2.2.3.3. Succión labial o interposición labial	24
2.2.4. Lactancia materna	25
2.2.4.1. Beneficios de la lactancia	26
2.2.4.2. Mecanismo del amamantamiento	27
2.2.5. Lactancia artificial	28
2.2.5.1. Diferencias entre la lactancia materna y artificial	29

III. Marco metodológico	31
2.1. Diseño metodológico	31
2.2. Población y muestra	31
2.3. Variables	33
2.4. Técnica de recolección de datos	35
2.5. Plan de análisis de datos	35
2.6. Implicaciones éticas	36
IV. Resultados	37
V. Discusión	62
VI. Conclusiones	71
VII. Recomendaciones	74
VIII. Referencias bibliográficas	76
IX. Anexos	80
X. Glosario	90

Lista de tablas

Pág

TABLA 1:	Distribución del sexo de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	42
TABLA 2:	Distribución de las edades de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	43
TABLA 3:	Distribución del tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	44
TABLA 4:	Distribución del tiempo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	45
TABLA 5:	Distribución del tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	46
TABLA 6:	Distribución de la forma de arco dentario superior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014	47
TABLA 7:	Distribución de la forma de arco dentario inferior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima-2014.	48
TABLA 8:	Distribución de la presencia de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	49

TABLA 9:	Distribución de los tipos de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	50
TABLA 10:	Distribución del tipo de plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	51
TABLA 11:	Distribución del tipo de plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	52
TABLA 12:	Relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco superior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	53
TABLA 13:	Relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco inferior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	53
TABLA 14:	Relación entre el tipo de lactancia y el tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	54
TABLA 15:	Relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	54
TABLA 15.1:	Relación entre el escalón mesial y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	55

TABLA 15.2:	Relación entre el escalón distal y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	55
TABLA 16:	Relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	56
TABLA 16.1:	Relación entre el escalón distal y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	56
TABLA 17:	Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco superior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	57
TABLA 18:	Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco inferior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	57
TABLA 18.1:	Relación entre la succión de biberón y la forma del arco dentario inferior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	58
TABLA 19:	Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	58

TABLA 20:	Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	59
TABLA 20.1:	Relación entre la succión de biberón y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	59
TABLA 20.2:	Relación entre la interposición labial y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	60
TABLA 21:	Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	60
TABLA 21.1:	Relación entre la succión de biberón y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	61

Lista de gráficos

Gráfico 1:	Distribución del sexo de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	42
Gráfico 2:	Distribución de las edades de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	43
Gráfico 3:	Distribución del tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	44
Gráfico 4:	Distribución del tiempo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	45
Gráfico 5:	Distribución del tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	46
Gráfico 6:	Distribución de la forma de arco dentario superior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	47

Gráfico 7:	Distribución de la forma de arco dentario inferior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	48
Gráfico 8:	Distribución de la presencia de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	49
Gráfico 9:	Distribución de los tipos de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	50
Gráfico 10:	Distribución del tipo de plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	51
Gráfico 11:	Distribución del tipo de plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.	52

Lista de figuras

	Pág
Figura 1: Consultorios del servicio de Pediatría.	85
Figura 2: Sala de espera del Servicio de Pediatría.	85
Figura 3: Entrevista a las madres de familia.	86
Figura 4: Observación clínica de los niños.	86
Figura 5: Observación clínica de la forma del arco inferior.	87
Figura 6: Observación clínica de la forma del arco superior.	87
Figura 7: Observación clínica del plano terminal derecho.	88
Figura 8: Observación clínica del plano terminal izquierdo.	88
Figura 9: Observación clínica del tipo de arco dentario.	89

Lista de abreviaturas

OMS:	Organización mundial de la salud.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
RNT:	Recién nacido de término.
RNPt:	Recién nacido de pre término.
GH1:	Niños que no presentan ningún hábito de succión, ni han succionado el chupete.
GH2:	Han succionado el chupete.
GH3:	Mantienen algún hábito.
UCV:	Universidad Central de Venezuela.
UNMSM:	Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
UAP:	Universidad Alas Peruanas.

1. Introducción

En nuestro país existe una alta prevalencia de maloclusiones dentales, es el segundo problema de salud bucal que se encuentra en la población de niños de 3 a 5 años de edad (1). Las maloclusiones que se pueden apreciar en la dentición permanente tienen sus inicios en la dentición decidua.

La existencia de hábitos ha sido estudiada y se ha demostrado que los hábitos de succión no nutritivos tienen influencia en la dentición, llevando a un escalón distal, y a la presencia de maloclusiones (2).

El niño al nacer necesita fundamentalmente la leche materna el cual es el principal factor que influirá en su crecimiento y desarrollo. La lactancia materna es el mejor método de alimentación del recién nacido y aceptada por organizaciones como la OMS y la UNICEF quienes destacan las propiedades nutricionales, inmunológicas y psicológicas de la leche materna (3).

El efecto de la lactancia materna a nivel del sistema estomatognático ha sido tema de muchas investigaciones, las cuales han demostrado que la falta de esta puede conllevar a la presencia de hábitos de succión no nutritivos, pueden conllevar a tener un efecto negativo al nivel de las características del arco dentario y en los planos terminales deciduos y ambos en conjuntos, conllevar a una maloclusión futura (4).

De esta manera es importante conocer la relación entre el tipo de lactancia, incentivando a las madres a brindarles a sus hijos la lactancia materna y establecer una política de salud odontológica en nuestra comunidad, para estimular la práctica de la prevención de las maloclusiones dentales.

1.1. El problema

1.1.1. Problemas principales

- ¿Existe relación entre el tipo de lactancia y los arcos dentarios y planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?
- ¿Existe relación entre los hábitos de succión no nutritivos y los arcos dentarios y planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el tipo y tiempo de lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?
- ¿Cuál es el tipo y forma de arcos dentarios lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?
- ¿Cuál es la prevalencia de los hábitos de succión no nutritivos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?
- ¿Cuál es la prevalencia de los planos terminales de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014?

1.2. Hipótesis

- Los niños de 3 a 5 años con lactancia mixta y artificial y con hábitos de succión no nutritivos presentan alteraciones en los arcos dentarios y los planos terminales

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos generales

- Determinar si existe relación entre el tipo de lactancia y los arcos dentarios y planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.
- Determinar si existe relación entre los hábitos de succión no nutritivos y los arcos dentarios y planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer el tipo y tiempo de lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.
- Determinar el tipo y forma de arcos dentarios lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.
- Determinar los hábitos de succión no nutritivos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.
- Determinar el plano terminal de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.

1.4. Justificación del problema

En nuestro país existe una alta prevalencia de maloclusiones dentales, hábitos orales de succión no nutritivos y un desconocimiento de lo que ocasiona el tipo de lactancia en los niños. Unos de los efectos negativos del tipo de lactancia en conjunto con los hábitos orales de succión no nutritivos pueden conllevar a un problema en los planos terminales y en las características de los arcos dentarios de las piezas dentarias deciduas. (5,6)

Se conoce que existe tres tipos de lactancia, la materna exclusiva, artificial exclusiva y mixta, habiéndose comprobado que la lactancia materna exclusiva incentiva el desarrollo de la mandíbula según estudios de Read y Núñez amamantar favorece que el maxilar inferior avance de su posición distal con respecto al superior, a una posición mesial (primer avance fisiológico de la oclusión, así también los hábitos de succión no nutritivos son dañinos según Pipa modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. (7)

Muchos autores opinan que un prolongado hábito de succión trae como consecuencia agravar un síndrome de clase II división primaria que tiene influencia en la aparición de un escalón distal patológico a nivel de las segundas molares temporales en edades tempranas, y refleja ciertas características a nivel del tipo y forma de la arcada dentaria. Otros estudios demuestran que no como lo son los hábitos de succión nutritivos. (6)

A pesar de los múltiples estudios realizados, no se ha podido entrelazar directamente los efectos del tipo de lactancia y los hábitos de succión no nutritivos con respecto a los planos terminales de las segundas molares deciduas, y las características de los arcos dentarios es por ello que es importante conocer dichos efectos para prevenir futuras maloclusiones. Es preciso analizar en una muestra de niños peruanos si los hábitos y el tipo de lactancia pueden tener relación o no con los planos terminales, el tipo y forma de los arcos dentarios.

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

- Costas M, Santos S, Godoy C, Martiell M. (2006) realizaron un estudio descriptivo longitudinal prospectivo sobre los patrones de succión en el recién nacido de término y pre término. Se confeccionó una ficha donde se volcaron los datos maternos y del recién nacido al momento de realizar el registro de succión y observaciones durante el mismo. Se realizó antropometría y evaluación del estado de conciencia. Utilizaron como muestra 48 recién nacidos, con peso adecuado al nacer, seguidos desde el primer día hasta los seis meses de edad. Se observó en el RNT el volumen de leche transferida al niño durante la succión tiene un incremento inicial importante de 0,01 a 0,2 ml en los primeros 7 a 15 días, luego aumenta más lentamente hasta los 60-90 días, posteriormente el aumento es más lento. La succión no nutritiva se caracteriza por series de salvas de corta duración y pausas, donde las salvas son similares y ocurren a una frecuencia rápida. Se plantea la hipótesis de que el flujo de leche materno es el responsable del primer incremento; luego el niño tiene salvas más largas y menos tiempo de pausas, lo que sería responsable del aumento de esta segunda etapa. Finalmente, el número de succiones y el permanente aumento de la presión intraoral son responsables del incremento final. Los RNPrT extraen más leche por biberón hasta las 34 semanas. Luego la transferencia aumenta en ambos pero no hay diferencia significativa. Concluyeron que la presión intraoral y la doble pesada permiten obtener información que ayuda a conocer la evolución de la succión a pecho y a formular nuevas estrategias para el mantenimiento de una lactancia eficaz. (8)

- Moral A, Bolívar I, Seguranyes G, Ustrell J, Sebastia G, Martínez C, Ríos J. (2011) realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de comparar la mecánica de la succión con la lactancia artificial y la lactancia materna. Su muestra consistió de 359 parejas de madre-hijo, de neonatos de 21-28 días de edad y lactantes de 3 a 5 meses tras el parto de los centros de salud materna infantil de Barcelona- España. Las mediciones del estudio se programaron con un número máximo de observaciones de dos al día Se observó que los neonatos de 21-28 días de edad alimentados con lactancia artificial exclusiva mostraron un menor número de movimientos de succión y el mismo número de pausas, pero de mayor duración que los neonatos con lactancia materna exclusiva. Entre los niños que recibieron lactancia mixta, el número de movimientos de succión al recibir alimentación con biberón fue similar y las pausas menos numerosas y de menor duración respecto a lo observado al amamantar en un 93.1% y 35%, tanto a los 21-28 días como a los 3-5 meses de edad. Se concluyó que los niños con lactancia materna exclusiva muestran un patrón de succión nutritiva distinto al de los niños con lactancia artificial exclusiva. En los neonatos y lactantes con lactancia mixta, el análisis demostró que en las tomas de biberón, comparadas con las de pecho, existe un menor número de movimientos de succión y de pausas, que también fueron más breves. La mecánica de la succión nutritiva de la toma de pecho y las de biberón de niños con lactancia mixta no es la misma, pero las diferencias observadas son pequeñas. (9)
- Franco V, Gorritxo B, García F (2012) realizaron un estudio observacional descriptivo de tipo transversal sobre la prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Su muestra inicial fue de 260 individuos de los cuales 255 participaron en el estudio constituyendo el 86.5%. se observó que el 90.7% presentaban hábitos orales, mientras que el 9.3% no presentaban ningún tipo de hábito. Más del 80% presentaban hábitos de succión de chupete (el 72.9% tenían historia de hábito y el 8% mantiene el hábito), el 7.1% presentaba succión digital. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario de hábitos dirigido a los padres y exploraciones clínicas realizadas a los niños. El 14.7% de los niños de la muestra no presentaban

ningún hábito de succión, ni había succionado el chupete (GH1), mientras que el 70.6% si había succionado el chupete anteriormente (GH2) y el 14.7% mantenía uno de los hábitos de succión (GH3). Con respecto a la presencia de maloclusiones se encontró que el 3% (GH1), el 17% (GH2) y el 8% (GH3) presentaban mordida cruzada posterior, el 24.2% (GH1), 40.9% (GH2), 81.8% (GH3), presentaban resalte aumentado, y el 8.9% (GH2) y el 39.4% (GH3), presentaban mordida abierta anterior, en el GH1 no presentaban este hábito. Se concluyó que los hábitos de succión no nutritiva tenía influencia en la dentición, por lo cual recomendaron un abandono temprano de los mismos antes de los 2 años para prevenir la presencia y aparición de maloclusiones dentarias. (10)

- Alemán P, González D, Díaz L, Delgado Y. (2007) realizaron un estudio de corte o transversal sobre Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. El examen se realizó por especialistas y residentes de Ortodoncia. Se impuso un período de estandarización o entrenamiento. Los datos fueron recogidos en un formulario siguiendo las instrucciones del mismo para que no existieran diferencias de criterios. Su muestra consistió en 300 niños entre 3 y 5 años de 8 consultorios del médico de la familia, del 20 % de los municipios escogidos de la Provincia de La Habana. Se observó que el hábito de mayor prevalencia fue la succión del tete, que representó el 49 % del total de niños con estos hábitos, seguidos por la respiración bucal con el 39 % y la interposición lingual en deglución con el 38,5 % de estos niños. Existe relación entre los hábitos estudiados y el plano poslácteo en ambos lados, tanto el derecho como el izquierdo, en el cual predominó el escalón distal patológico en el hábito de interposición lingual en deglución en el 61,7% en el lado derecho y el 51,5 % en el lado izquierdo. Más de la mitad de los niños con este hábito perjudicial presentaron el escalón distal patológico en ambos lados. Le siguió la interposición lingual en reposo con el 55,17 % de los niños con este hábito, con la presencia del escalón distal en el lado derecho, y el 58,6 % en el izquierdo. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable

al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo. (2)

- Reyes D, Rosales K, Rosello O, García D. (2007) realizaron un estudio tipo caso control en Caracas-Venezuela en el Policlínica "René Vallejo Ortiz", sobre los factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes. Su muestra consistió de niños de 5 a 11 años, se seleccionaron 180 niños, 60 niños con hábitos bucales deformantes que constituyeron los casos y 120 niños sin hábitos bucales deformantes que constituyeron los controles. Se confeccionó una encuesta para la recolección de datos. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes. Se tomó 1 caso por cada 2 controles estudiados a partir de un muestreo aleatorio. Se observó que en el grupo de casos el 18.3% tenían 10 años, de los 60 niños el 55% eran del sexo femenino. Se apreció que en el sexo femenino presentaban succión digital, onicofagia con 39.3 cada uno, en el sexo masculino el 43.3% predominó la onicofagia. se concluyó como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes: la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna, la presencia de hábitos bucales deformantes, variables socio biológicas de las madres y los niños como la edad de la madre al parir, el bajo nivel escolar de la madre, el parto distócico, el bajo y sobre peso del niño al nacer, la no experiencia de lactancia materna exclusiva, la no armonía familiar. (11)
- Pipa A, Cuerpo P, López E, Gonzales M, Pipa L, Acevedo A. (2011) realizaron un estudio observacional descriptivo sobre la Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en Ferrol-España. El muestreo se realizó de dos maneras: por una parte se requirió la colaboración de varios colegios: Cruceiro de Canido e Ibáñez Martín de Ferrol, Centieiras de Fene, San Sadurniño, Ortigueira, Valdoviño y Moeche. Asimismo en una clínica privada se revisó a los niños cuyos padres permitían participar en el proyecto y también contestaron a las preguntas sobre los hábitos no nutritivos de su hijo. Su muestra consistió de 368 niños 161 varones y 207 mujeres de 3 a 9 años. Se observó 139 niños con maloclusión, el 12.5% presentaron mordida

abierta, el 17.9%, mordida cruzada y el 28.8% el resalte aumentado. La prevalencia de maloclusión en los niños que presentan succión de chupete es del 22.5% presenta mordida abierta, el 23.9% mordida cruzada y el 41.5% el resalte aumentado. La prevalencia de maloclusión en los niños que presentan succión digital es el 25.5% presentan mordida abierta, 21.4%, mordida cruzada, el 40.8% resalte aumentado y el 42.9%, respiración oral. El hábito más frecuente fue la succión del chupete con una frecuencia de 83.7%. Se concluyó que los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. La prevalencia de estos hábitos depende de la edad del niño, en edades entre 2 a 4 años el chupete está ampliamente extendido, mientras que en los niños mayores de 4 años lo es la respiración oral. La succión digital tiene una prevalencia mucho menor, pero a pesar de ser menor frecuente persiste más en el tiempo y es más difícil de dejar. (4)

- Furuki K. (2010-2011) en su estudio epidemiológico de tipo transversal sobre la frecuencia del hábito de succión digital y sus características clínicas predominantes. Se procedió a realizar la Encuesta y se observó a los niños. Su muestra incluyó de 306 niños de 5 a 12 años de edad. Se observó que de los 306 niños, el 29.4% (90) resultaron positivos al hábito de succión digital. Se observó que de los 90 niños el 41% presentaban mordida abierta, el 58% presentaban relación molar y canina izquierda y derecha clase I de Angle, el 13% presentaban clase II y el 5% presentaban clases III. Se concluyó que la tasa de incidencia de la succión digital en niños de Guayaquil es de 2.800 por cada 10.000 habitantes. El rango de edad predominante es de 8 a 10 años (48% de la población) y el 58% de la muestra fue del género femenino.(12)
- Carrasco M, Villena R, Pachas F, Sánchez Y (2009) realizaron un estudio descriptivo transversal sobre la lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginal del cono norte de Lima. Realizaron la recolección de datos mediante una encuesta estructurada a las madres de los centros poblados del

distrito de Carabaillo, previo consentimiento informado. Se observó que de 133 niños evaluados el 96.3% de los niños recibió lactancia materna, el 61,9% usó biberón alguna vez, siendo la edad de 12 a 23 meses la más frecuente (85,8%). El 80,2% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, Finalmente, el 90,8% de los niños evaluados nunca usó chupón, el 9,2% que lo utilizó, mostró haberlo usado hasta una edad promedio de $11,7 \pm 7,3$ meses. Se concluyó que hubo favorables hábitos de lactancia materna y baja prevalencia de hábitos no nutritivos (3)

- Barbosa N, Isper A, Saliba C, Gonçalves P (2012-2013) realizaron un estudio longitudinal de cohorte en ciudad Brasil cuyo objetivo fue evaluar el amamantamiento y hábitos de succión no nutritivos en una muestra de 87 mujeres embarazadas. Realizaron la recolección de datos mediante entrevistas domiciliarias o en la propia unidad de salud, a través de un formulario semi estructurado. La investigación fue realizada en dos etapas; la primera consistió en el acompañamiento de las embarazadas hasta la proximidad del parto y la segunda consistió el acompañamiento de los niños y lactantes por medio de visitas mensuales, a partir del primer mes de vida, prolongándose hasta el sexto mes de vida. Como resultados se obtuvo que la tasa de niños amamantados en el primer mes desde el nacimiento fue del 94,3% (82), de estos apenas 43 (49,4%) fueron amamantados exclusivamente, en el tercer mes esta tasa de amamantamiento exclusivo disminuyó para el 13,8% y en el sexto mes de vida esta práctica fue inexistente. Al final del sexto mes, la mitad de los niños habían sido completamente destetados. Los hábitos de succión no nutritivos estaban presentes en 42 niños (48,3%) en el primer mes, en 56 (64,4%) en el tercer mes y también en el sexto mes de edad. El uso del chupete reduce el número de tomas por día, disminuyendo así la estimulación de las mamas, lo que lleva a una menor producción de leche y, por consecuencia, al destete del niño.(13)

- Goncalves P, Saliba C, Isper A, Fernández A (2007) realizaron un estudio en Sao Paulo-Brasil cuyo objetivo fue si existía una relación causal entre el amamantamiento versus los hábitos bucales deletéreos. Se realizó la elaboración y aplicación de un cuestionario semi estructurado, con preguntas abiertas y cerradas para la recolección de la información. Se observó que de 61 madres entrevistadas el 88.52% declaraban que el amamantamiento materno hacia bien para la salud de sus hijos. Con respecto al periodo de amamantamiento, se observó que de las 61 madres el 39% no cumple lo establecido por la UNICEF ni por la OMS que disponen el amamantamiento exclusivo en los primeros 6 meses de vida y extendiéndola hasta los 2 años o más, el 6.6% de las madres no amamantan a sus hijos y reportaron problemas físicos y fisiológicos. Las madres que sustituyeron la leche materna un 65.57% lo hizo por leche en biberón o lactancia artificial, 42.62% por comidas infantiles y 13.11% lo hizo por la alimentación común. Se observó que los niños amamantados hasta los 3 meses de edad presentaban hábito de succión de chupete (3.66 %). Se concluyó que la mayoría de las entrevistadas no están cumpliendo el período mínimo de amamantamiento, que es aconsejado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y que los niños amamantados por la leche materna por un período mayor, presentan un riesgo menor de desarrollar hábitos deletéreos, ante aquellos amamantados con biberón. (14)
- Mendoza A, Asbur P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R (2010) realizaron un estudio caso control de cohorte longitudinal retrospectivo en la ciudad de la Paz- Bolivia sobre la relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. La información se obtuvo previa autorización de los padres, mediante un cuestionario aplicado a las madres. La muestra estuvo integrada por 500 niños entre 3 a 7 años de edad que asistían al Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de la ciudad de La Paz- Bolivia. Se observó que de un total de 500 niños estudiados, 250 fueron casos y 250 controles. Los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses no tenían maloclusión en un 78%, según el tipo de lactancia se observó que en aquellos niños que tuvieron alimentación con biberón el 64% presentaron

hábitos de succión no nutritiva. El hábito de succión no nutritiva más frecuente fue la succión digital con un 53%, representando menores porcentajes la succión de chupón con un 28% y otros hábitos como la interposición labial y lingual en un 19% , Se encontró que los niños que tuvieron una lactancia materna exclusiva por al menos seis meses presentaron un 86% de plano terminal recto, un 11% de escalón mesial en comparación con aquellos niños que tuvieron alimentación con biberón por 6 meses, que presentaron un 87% de escalón distal y un 14% de escalón mesial. Las alteraciones de oclusión se presentaron en un 74%. La mordida profunda fue observada en un 58%, la mal posición dentaria detectada fue del 29%y un 13%para otras anomalías. Se concluyó que los hábitos de succión no nutritiva y la alimentación con biberón en los primeros meses de vida son el principal factor de riesgo para el desarrollo de maloclusiones como mordida profunda en dentición decidua y Clase II de Angle en dentición mixta. (15)

- Blanco L, Guerra M y Rodríguez S (2005) realizaron un estudio en Caracas, Venezuela sobre la lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares. Su muestra correspondió a 226 preescolares, en donde se observó que el 91,6% de los niños recibieron lactancia materna por algún período de tiempo; con el 58% amamantados por 6 meses o más; observándose una mediana de tiempo de lactancia de 6 meses. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento adaptado de la historia clínica de la Cátedra de Odontología Pediátrica de la UCV. Los lactados 6 meses o menos muestran 15 veces el riesgo de distoclusión, 4 veces el riesgo de exhibir paladar profundo, 3 veces el riesgo desarrollar una mordida anterior abierta y 3 veces el riesgo de presentar perfil convexo, cuando se comparan con los lactados por 6 meses o más. Se observa que los niños lactados por un período menor de 6 meses presentaron de 3 a 15 veces el riesgo de presentar maloclusiones dentales al compararlos con los niños lactados por 6 meses o más. Como conclusión se plantea que la alimentación al seno materno por 6 meses o más constituye un factor de protección de las maloclusiones dentales.(16)

- Blanco L, Guerra E, Rodríguez S (2005) realizaron un estudio sobre la lactancia materna y su prevención en los hábitos orales viciosos de succión y deglución. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento adaptado de la historia clínica de la Cátedra de Odontología Pediátrica de la UCV Su muestra consistió de 226 niños, 112 niñas y 114 varones de 3 a 6 años de edad. Se observó que 226 el 91.6% recibió lactancia materna por algún periodo de tiempo, el 58% fueron amamantados por 6 meses o más, de 112 niñas el 54.2% de las niñas fueron lactadas por 6 meses o más a comparación de los 114 niños solo el 45.8% fueron amamantados por ese tiempo. Se encontró que el 73.3% de los niños lactados por 6 meses o mas no presenta hábitos orales viciosos, sin embargo el 31.6% de los lactados por menos tiempo. Se concluyó que el riesgo relativo para los niños lactados por un período menor de 6 meses en comparación con los niños lactados por 6 meses o más fue de importante para la presencia de hábitos orales viciosos. Lo anterior muestra el efecto positivo del amamantamiento en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. (17)
- Rodríguez A, Martínez I (2011) realizaron un estudio tipo descriptivo y transversal acerca de la Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Su muestra consistió de 165 niños de 2 a 5 años. Se recogió por escrito el consentimiento de los padres o tutores de cada niño para la participación en esta investigación, señalando los principios de la ética médica. El examen bucal de los niños se realizó en la propia institución escolar, empleando set de clasificación y pie de rey. Para determinar el micrognatismo transversal del maxilar superior se aplicó la primera Regla de Bogué. Mediante interrogatorio fueron obtenidas las respuestas a algunas variables. Se observó de los 88 niños que recibieron alimentación natural por menos de 6 meses, el 72.23% poseían un insuficiente desarrollo trasversal del maxilar, cuando la lactancia era mayor a los 6 meses el micrognatismo maxilar disminuyó en porcentaje. Se encontró que los niños amantados por más de 6 meses practicaban menos hábitos bucales incorrectos, exceptuando el uso de tete que tuvo un porcentaje del 15.15%. Se concluyó que la lactancia materna constituye un

factor importante a considerar en la instauración de los hábitos bucales deformantes, finalmente, el amamantamiento ejerce una influencia directa sobre el crecimiento transversal de la arcada y sobre aquellos factores que también determinan su desarrollo como es el caso de los hábitos. (1)

- Álvarez M, Quiroz K, Chamilco A, Akira C, Luza L, Huanca J, Wieslawa K, Delgado R. (2011) realizaron un estudio piloto descriptivo y transversal sobre la Influencia de los Hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes, tomaron como muestra de estudio a 50 niños menores de 47 meses de edad tomados al azar de la clínica integral del niño de la Facultad de Odontología de la UNMSM. Para la recolección de datos, se confeccionó una ficha, la cual estaba conformada en 02 partes: la primera, una entrevista tipo estructurada a las madres con preguntas relacionadas a los hábitos de succión no nutritiva, hábitos de uso del biberón y disturbios funcionales y la segunda parte una ficha clínica dental donde se registró el examen clínico de los posibles desvíos y maloclusiones Se observó que los hábitos que tuvieron más porcentaje fueron la succión digital, la respiración bucal y el uso del biberón, con lo que respecta al uso del biberón frecuente y tipo de arco superior no se encontró alteración. Dentro del rango de edad de 19-36 meses, se encontró un plano terminal (recto o distal) en un 89 % dentro del grupo que presentó succión digital en su 100 %. Existe relación entre la succión digital frecuente con profundidad del paladar en el 60 %. Se concluyó que existe influencia de los hábitos orales entre ellos: succión digital y respiración bucal con la presencia temprana de los desvíos dentales en el infante como la profundidad del paladar, haciéndose notoria entre las edades de 19 a 36 meses (18)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Desarrollo de la dentición

2.2.1.1. Dentición prenatal

Hacia la séptima semana de vida intrauterina, surgen de la lámina dental las primeras yemas correspondientes a la dentición primaria. Su dirección no es totalmente perpendicular ni ordenada en su penetración al mesénquima. Si lo observamos oclusalmente veremos que los centrales primarios maxilares se forman hacia una posición más labial; los laterales hacia palatino; los caninos hacia vestibular; en la mandíbula ocurre lo mismo, excepto los cuatro incisivos quienes se dirigen hacia lingual. (19)

2.2.1.2. Dentición postnatal

Consideraciones anatómicas

El momento del nacimiento, la boca del niño presenta ciertas características importantes de considerar. El maxilar y la mandíbula son relativamente pequeños y rudimentarios con relación a otras estructuras craneales, ellos irán creciendo y desarrollándose a medida que avanza la formación y calcificación de los dientes y para el momento de su erupción habrán conseguido una dimensión suficiente que les permitirá colocarse alineados dentro del arco.(19)

Las almohadillas gingivales.

Al nacer, los procesos alveolares están cubiertos por las almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes, como en la boca de un adulto desdentado; Su forma está determinada en la vida intrauterina, tienen forma de herradura en una vista sagital la inferior se observa por detrás de la superior cuando ellas están en contacto, tienden a extenderse bucal y labialmente más allá del hueso alveolar. (19)

Periodo postnatal: Dentición primaria

Calcificación de la dentición primaria.

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse. Para el momento del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios en las siguientes condiciones:

- La corona del incisivo central superior primario está completamente formada y parte de su raíz se ha desarrollado. La formación del esmalte está casi completa y los gérmenes de los centrales permanentes están localizados hacia lingual, el incisivo permanente inferior yace lingual a los primarios.
- El incisivo lateral primario está tan desarrollado como el central.
- Los caninos primarios están menos avanzados en su desarrollo, solamente se ha formado un tercio del esmalte y los gérmenes de los permanentes maxilares se encuentran en el ángulo entre la nariz y el seno maxilar. El inferior, ligeramente debajo de la corona de los caninos primarios.
- La corona del primer molar primario está completamente formada y se ha unido el esmalte en la cúspide. El germen del primer premolar es un pequeño brote epitelial.
- El segundo molar primario está algo menos calcificado que el primero, las puntas de las cúspides están aún aisladas y no ha comenzado la formación de su raíz. El germen del segundo premolar es un pequeño brote epitelial
- El primer molar permanente está comenzando la formación de su tejido duro y el esmalte puede ser visto en las cúspides aisladas. Está localizado al lado de la tuberosidad y sobre el nivel del piso de la nariz y el primer molar permanente inferior está localizado cerca del ángulo interno de la rama.(19)

2.2.1.3. Cronología de erupción

El tiempo de la erupción de los dientes varía ampliamente de una persona a otra e interviene los factores, tales como: raza, sexo, clima, nutrición, afecciones sistémicas y otros.

El proceso de desarrollo en donde los dientes primarios son cambiados por los permanentes, es un fenómeno fisiológico que tiene características muy definidas. La cronología de la erupción de las piezas primarias está sujeta a influencias genéticas de forma más acentuada que para la dentición permanente, y tanto la cronología como la secuencia tienen márgenes de variabilidad mucho más estrechos.

Canut anota que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: en un *primer grupo* hacen erupción los centrales inferiores a los 6 meses, centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. El intervalo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de 2 a 3 meses. Una vez que han hecho erupción los incisivos hay un periodo de descanso en la salida dentaria de 4 a 6 meses.

Al salir los dientes anteriores se produce cierto adelantamiento posicional en el patrón eruptivo, ellos hacen erupción en forma vertical y adelantándose hacia labial; permitiendo agrandar el arco ganando espacio para el alineamiento. Al completar la erupción de los ocho incisivos, se establece un tope anterior para la función mandibular.

En un segundo grupo erupcionarán los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el período de erupción es de 6 meses y le sigue un período silente de 4-6 meses. En ésta fase de desarrollo de la dentición primaria, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida, el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en el cual un tercer grupo hacen erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos 4 meses. Aproximadamente a los dos años y medio ya se debería haber completado la dentición primaria. Se considera dentro de los límites normales, que la dentición primaria se encuentra completa en cualquier

momento comprendido entre los 2 a 3 años de edad cuando los segundos molares han alcanzado la oclusión.(19)

2.2.1.4. Oclusión en dentición temporal

Cuando se analice la oclusión de recambio, es común antes establecer la relación oclusal posterior de acuerdo con la relación molar en la dentición decidua. Los segundos molares deciduos se encuentran por lo general en oclusión con sus caras distales en un mismo plano, obligando que esta misma posición adopten las primeras molares permanentes, una relación cúspide cúspide. Para que estas molares entren a una relación clase I es necesario que tras exfoliación de los segundos molares deciduos se produzca un corrimiento hacia mesial, mayor en la arcada inferior que en la superior, pudiéndose así establecer la clase I. Las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal que presenten los segundos molares deciduos y del posible aprovechamiento del espacio libre. (20)

1. Escalón distal: La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores (1), el primer molar erupciona en una clase II. (20)
2. Plano terminal recto: La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada (1), el primer molar erupcionará cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluirá en clase I o bien podrá desviarse a clase II, al no aprovecharse el espacio inferior. (20)
3. Escalón mesial: La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior (1), el primer molar erupcionará en relación clase I o podrá desviarse a la clase II al solo aprovecharse el espacio inferior. (20)

Las arcadas dentarias, en su extremo distal (segundo molar), con un ligero escalón mesial, es decir la cara distal del segundo molar inferior este colocada discretamente en posición mesial o terminar en un plano vertical, a ambas condiciones se les considera como normales, siempre y cuando el escalón mesial se presente con una coincidencia de la cúspide mesiovestibular del molar superior y la estría mesiovestibular del inferior. (21)

2.2.2. Arcos dentarios deciduos

2.2.2.1. Forma de los arcos

La clasificación de las arcadas dentarias incluye la de forma de U y las formas de V, casi siempre el arco mandibular presenta una forma de U, en cambio el superior puede tener cualquiera de los dos. (19), existe también la forma elíptica, triangular o cuadradas. (21)

2.2.2.2. Tipos de arco deciduos

El estudio exhaustivo de los llamados "espacios de crecimiento", fueron denominados por Baume como "espacios fisiológicos" y estableció que existen dos tipos de disposición de los dientes primarios: Tipo I ó espaciada, Tipo II ó cerrada y describió características propias para cada grupo. La distribución de los espacios de la Tipo I mostraron todas las posibles variaciones; incluso ocurrieron combinaciones con el Tipo II en el arco opuesto. (19)

2.2.2.3. Las maloclusiones dentales

La maloclusiones constituye el segundo problema de salud bucal más prevalente en la población.

El término maloclusión es genérico y debe aplicarse sobre todo, a aquellas situaciones que exigen intervención ortodóncica más que a cualquier desviación de la oclusión ideal, ya que existe una línea continua entre lo ideal, lo normal y lo maloclusivo.

La etiología de las mismas es multifactorial, existiendo factores de riesgo tanto ambiental como genético. Las alteraciones del número de dientes, ya sea por exceso (hiperodoncia) o por deficiencia (hipodoncia), producen problemas en la erupción, desplazamiento o impáctacion de gérmenes dentales y compromiso de la alineación.

Estas alteraciones de número tienen un posible origen genético combinado con factores ambientales, están frecuentemente asociados a síndromes y pueden ser producidos por desórdenes de la lámina dental.

Entre los factores de riesgo de origen ambiental se encuentran la presencia de caries y las pérdidas prematuras de dientes primarios producto de las mismas. (1)

Otras de las causas frecuente de maloclusión lo constituyen los hábitos bucales, los cuales se observan en los niños de 3 a 5 años y pueden aparecer solos o combinados con otros. Los malos hábitos pueden ocasionar maloclusión o agravarla si ya está instalada en la boca del niño. (21)

2.2.3. Los hábitos orales

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional, estos hábitos son muy diversos. (5)

Dentro de su clasificación se encuentran los fisiológicos entre los cuales tenemos la respiración nasal, masticación, deglución. Existen también los no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión no nutritiva, la respiración oral, la interposición lingual, etc. (4)

Los hábitos orales no fisiológicos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. (4)

No se ha determinado un factor etiológico específico, aunque algunos autores mencionan que el hábito oral, surge como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención; otras causas son debido al confort, placer, relajación en el infante; finalmente por anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de los dientes. (5)

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. (5)

Los hábitos pueden alterar desarrollo normal del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, ya que si una no ejerce su presión normal, permite que otra en su intensidad habitual produzca una deformación, dental u ósea. (4)

El amamantamiento insatisfactorio, el uso continuo del chupón, la succión digital, la insuficiencia masticatoria, la respiración oral, son factores de deformación, asimismo cuando se ofrece el chupón al bebe para calmarlo o se amamanta al niño hasta los 2 ó 3 años o usan el biberón hasta los 3 a 4 años, entonces los padres están estimulando a el desarrollo de los hábitos conllevando a desvíos de forma y función. (19)

2.2.3.1. Succión digital

El hábito de la succión digital es uno de los más preocupantes, debido a que afectan en mayor importancia a la oclusión. (12) Comienza en la vida fetal en la 29ª semana de gestación, por lo cual es normal al principio de la vida en el recién nacido y en los primeros meses. (4)

Se presenta en mucha frecuencia, aunque debido a la prontitud con que se inicia el odontólogo no lo aprecia, ya que suele terminar a los 3 o 4 años de edad. Lo más frecuente es la succión del dedo pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. (20) introduciendo el dedo pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente. (4)

Se han encontrado en un 30% en los niños de 3 a 5 años. No existe otro hábito que deforme más la boca y la cara del niño. (21)

La succión digital dependerá de la intensidad con la se haga, la frecuencia, la duración, patrón morfogenético y el número de dedos que se succionan y la posición que tengan. Los efectos que producirán será la inclinación de los dientes superiores, la

retroinclinación de los dientes inferiores, mandíbula abierta anterior, incompetencia labial y estrechamiento del arco superior. (22)

Etapas de la succión digital: (23)

Etapa 1: succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico: desde el nacimiento hasta los 3 años, frecuente en la mayoría de niños, en particular en la época del destete, en general la succión se resuelve de manera natural.

Etapa 2: succión del pulgar clínicamente significativa: de los 3 años a los 6 ó 7 años, atención más seria debido a que es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa, es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital, hay que definir correcciones.

Etapa 3: succión del pulgar no tratada: cualquier succión que persiste después del cuarto años de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión; requiere tratamientos ortodónticos y psicológicos (conducta integral).

Existen 2 teorías del comportamiento que intentan explicar el origen del hábito de la succión digital, estas son:

Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual (Freud)

Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual (Freud), la cual sostiene que la succión digital surge como un impulso psicosexual inherente en la persona. Freud sugiere que la succión digital es una estimulación erótica placentera de los labios y la boca y sostiene que la acción de succión digital es una actividad sexual.

La teoría del aprendizaje

La teoría del aprendizaje sugiere que la succión digital es una respuesta adaptiva. Por ejemplo, un bebé asocia la succión con sensaciones placenteras tales como hambre, saciedad y estar sostenido en los brazos. Estos eventos serán recordados y

transferirán la succión al objeto más fácilmente disponible, esto es, los dedos o el pulgar. (24)

El diagnóstico de la succión digital es obvio cuando el niño practica este hábito. Es posible recibir la información directamente de la madre durante la consulta, a través de un cuestionario impreso, la madre suele relatar que la actividad aumenta cuando el niño está aburrido, cansado o al irse a la cama. (25)

Cuando efectuamos la exploración y sospechamos un hábito de estas características, debemos de observar los dedos, especialmente el pulgar, para ver la presencia de roces o escoriaciones. La persistencia del hábito una vez superada la fase de la dentición temporal producirá alteraciones dentarias y deformaciones óseas (26). Como signos clásicos de un hábito activo se señalan: mordida abierta anterior, movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores, colapso maxilar. (26)

Otras consecuencias que se pueden observar es que el paciente aprieta fuertemente los molares superiores contra los inferiores. (21)

El tratamiento para controlar el hábito de succión digital es utilizar estrategias sencillas, bandas adhesivas en los dedos, guantes en ambas manos a la hora de dormir y en algunos casos para las niñas, un manicure profesionalmente hecho; puede ser suficiente para eliminar el hábito. En el caso que no sea posible eliminar el hábito por medio de recordatorios, se debe llevar a cabo la terapia de segunda fase, por medio de aparatología fija, esta consiste en una rejilla que no sea disciplinaria y que no tenga elementos punzantes. Cuando el hábito de succión es tan fuerte que no sólo altera el segmento anterior sino también el posterior, produciendo una mordida cruzada, en estos casos se debe diseñar un aparato fijo que al mismo tiempo que ejerza su influencia sobre el hábito, produzca una ampliación del maxilar superior que corrija la mordida cruzada. (5)

2.2.3.2. Succión del chupón o biberón

Empieza sobre los primeros 6 meses de vida. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. Hay mucha controversia sobre la edad a la que se debe quitar el chupete.

Hay estudios que sugieren que es posible disminuir el peligro de estas malposiciones pidiéndoles a los padres que reduzcan el tiempo de chupete al niño, ya que al cesar el hábito, con menos de tres años, se curan espontáneamente. (4)

El empleo precoz de biberón y su uso prolongado acarrea perjuicios a la salud del niño. El biberón no presenta restricciones sociales y es bien aceptado por ellos, ya que normalmente su contenido es endulzado y es también de fácil manipulación tanto por los niños como por las madres o cuidadores, permitiendo que sea utilizado a cualquier hora y esté disponible o al alcance de los niños. (3)

Las madres que utilizan el biberón deben perforar 5 ó 6 agujeros con un alfiler caliente en el biberón para que se asemeje al medio natural y de esta forma el niño satisfaga su hambre y deseo de succionar. Cuando el niño satisface el deseo de succionar no recurre a los dedos. Cuando los niños lloren no se debe de consolar introduciéndoles el dedo en la boca y se debe utilizar el biberón hasta los 18 meses aproximadamente. (21)

La introducción del chupón, al inicio de la lactancia, ha mostrado que podría traer consecuencias negativas durante este proceso, debido a que parece confundir el reflejo de succión del recién nacido, llevando a un destete precoz. (3)

2.2.3.3. Succión labial o interposición labial

La interposición labial inferior es un hábito que habitualmente se acompaña con la respiración oral, porque el labio inferior queda interpuesto entre los dientes incisivos. En la mayoría de casos es el labio inferior que se encuentra implicado, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior. (27)

Sus efectos son:

1. Protrusión dentoalveolar superior.
2. Retro inclinación de incisivos inferiores.
3. Labio superior hipotónico.

4. Labio inferior hipertónico.
5. Incompetencia labial.
6. Hipertrofia del músculo mentoniano.
7. La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
8. Mordida profunda.
9. Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
10. Retrognatismo mandibular.

Si se muerde el labio superior con los dientes inferiores, la mandíbula ocupa constantemente una posición anterior anormal. Si por el contrario lo hace mordiéndose el labio inferior con los dientes superiores, serán los dientes superiores los que se dirijan hacia afuera y los inferiores hacia adentro, además obliga a la mandíbula a ocupar una posición hacia atrás. (21)

Su tratamiento es la utilización de Lip Bumper, este aparato va a influenciar favorablemente el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores, se produce una expansión de la arcada inferior. (28)

2.2.4. Lactancia materna

Entendemos por lactancia materna o natural a la alimentación del niño durante los primeros tiempos de su vida, cuando se realiza de modo exclusivo, mamando directamente del pecho de su madre. (29)

La Academia Americana de Pediatría recomienda la lactancia materna como mínimo un año, luego del cual sugiere interrumpir la lactancia cuando la mamá y el bebé lo decidan, la OMS recomienda como mínimo la lactancia materna hasta los dos años luego de los cuales también deja la decisión de interrumpir la lactancia a cargo de la madre y el bebe, pudiendo prolongarse hasta los seis años. Para ambas instituciones la

ablactancia (introducción de alimentos distintos a la leche) es obligatoria a partir del sexto mes de vida. (30)

Es indiscutible que la lactancia materna es la medida más eficaz y económica para evitar la desnutrición y las enfermedades durante sus primeros meses de vida; un bebé que mama, refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal fisiológico ya que puede succionar, deglutir y respirar por la nariz con una correcta sincronización, sin posibilidad de respirar por la boca. (16, 31)

2.2.4.1. Beneficios de la lactancia

1. Nutricionales. La leche materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita los primeros 6 meses de vida, incluyendo grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua, contiene un alto nivel de grasa y ácidos grasos esenciales y además provee cantidades considerables de ciertos micronutrientes.

2. Inmunológicos. La leche materna contiene factores bioactivos que refuerzan el sistema inmunológico inmaduro del bebé, otorgando protección contra infecciones y factores que le ayudan a digerir y absorber bien los nutrientes. Mientras el bebé está siendo amamantado se encuentra protegido frente a muchas enfermedades tales como gripe, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis o el síndrome de muerte súbita. De igual manera, la leche materna le protege de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, diabetes, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, arterioesclerosis o infarto de miocardio.

3. Para la madre. La lactancia materna exclusiva por 6 meses prolonga la duración de la amenorrea y acelera la pérdida de peso de la madre. Asimismo, las madres que amamantan tienen menos riesgo de padecer: anemia, hipertensión, depresión postparto, osteoporosis, cáncer de mama y de ovario. Por último, la leche materna fortalece el vínculo afectivo entre una madre y su bebé. Es una oportunidad para estrechar el vínculo afectivo y la comunicación entre ambos. (31, 6)

4. Para madre e hijo: es una oportunidad para estrechar el vínculo afectivo y la comunicación entre ambos. El contacto corporal es más estrecha para ayudar a afrontar la separación que ocurrió luego del parto. (32)

2.2.4.2. Mecanismo del amamantamiento

El amamantamiento consiste en la obtención de la leche directamente de la glándula mamaria por parte del lactante, se establecen que "el amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente". Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos, por medio del cual el niño se alimenta." Para que el acto de amamantamiento se pueda llevar a cabo, el reflejo eyectolácteo hace fluir la leche desde los alvéolos hacia los conductos mayores y senos lactíferos y desde allí es removida por la succión del lactante. (32)

La boca del recién nacido está adaptada para el amamantamiento, presentando los labios una prominencia y las crestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de Robin Magitot, para amamantar se necesita de la acción de 3 reflejos los cuales son; los de búsqueda, deglución y succión. (33)

El amamantamiento se realiza en 2 fases:

Fase I: prensión del pezón y de la aureola y cierre hermético de los labios; la mandíbula desciende y se forma un vacío en la región anterior. (6)

Fase II: avance mandibular de una posición de reposo hasta colocar el reborde alveolar frente al del maxilar superior.

Para hacer salir la leche, el bebé presiona la mandíbula contra el pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La succión creada dentro de la boca del bebé ocasiona un elongamiento del pezón hasta 2 ó 3 veces su tamaño natural, haciendo que éste alcance la unión del paladar duro y el blando, la lengua adopta forma de cuchara, se eleva la parte anterior de la lengua y la leche se desliza por ella hasta el paladar blando. (6)

Amamantar favorece que el maxilar inferior avance de su posición distal con respecto al superior, a una posición mesial (primer avance fisiológico de la oclusión), evitando así

retrognatismos mandibulares y obteniendo mejor relación entre los maxilares. Con el uso del biberón la mandíbula se queda atrás, lo que no favorece este avance. (7)

Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias que afectan la estética y la función dentofacial del niño, sin embargo, con el biberón 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 (hipotónica) y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. (33)

Un niño que aprende a chupar de un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar la aréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia. (33)

Si la alimentación al seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causas de maloclusiones (32)

2.2.5. Lactancia artificial

La lactancia artificial consiste en alimentar al bebé con fórmulas semejantes a la leche materna, adaptadas cuya base, en su mayoría, es la leche de vaca modificada, esta alimentación se da a través del uso del biberón principalmente en los niños más pequeños. (29)

Cuando un bebé toma biberón, la actividad neuromuscular que se produce es mínima, apenas existen movimientos anteroposteriores de la mandíbula. Si observamos el esfuerzo que un lactante tiene que hacer cuando se le alimenta con un biberón, veremos que es mínimo, con éste no hace falta tener un cierre hermético de los labios

(éstos se posicionan en forma de O y no hacen el vacío en la cavidad oral), la mandíbula se posiciona a distal del maxilar y la lengua se posiciona plana y con su punta contra la eminencia alveolar superior para frenar el flujo excesivo de leche que pueda tener el biberón. Al estar la mandíbula en posición más retrasada, la orofaringe está cerrada y no puede respirar por la nariz, por lo que pasa a respirar por la boca soltando para ello la tetina del biberón. (34)

La lactancia artificial no permite que los músculos maseteros, temporales, pterigoideos, orbicular, mentoniano, infra y suprahioides, etc. sean desarrollados ni tonificados correctamente, entonces cuando la dentición temporal trabaje, estos músculos no tendrán suficiente fuerza para desgastar el esmalte de los dientes deciduos, así, los caninos no desgastados van a interferir en los movimientos de lateralidad, de manera que el niño desarrollará una masticación vertical; si el orificio del biberón fuese pequeño, generaría un mayor trabajo muscular pero de los músculos equivocados: los músculos buccinadores potentes generan arcadas estrechas y consecuentemente falta de espacio para dientes y lengua. (34, 35)

2.2.5.1. Diferencias entre la lactancia materna y artificial

Con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal. Asimismo, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche, manteniéndose plana. (35)

Los movimientos peristálticos de la lengua no ocurren con el biberón; hay una 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 la mandíbula en su posición distal. (35)

El flujo de leche en el biberón no requiere de un movimiento de protrusión y retrusión de la mandíbula (el cual estimula el crecimiento mandibular y la tonicidad de los ligamentos de la cápsula articular de la articulación temporomandibular); y la lengua permanece quieta. Si el orificio del biberón fuese pequeño, generaría un mayor trabajo

muscular pero de los músculos equivocados: los músculos buccinadores potentes generan arcadas estrechas y consecuentemente falta de espacio para dientes y lengua. En estas condiciones, la lengua permanece en mala posición y se instala un patrón de deglución atípica, con las consecuentes maloclusiones. (35)

3. Marco metodológico

3.1. Diseño metodológico

La presente investigación plantea un método de estudio descriptivo (entre los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos y la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales deciduos) observacional.

Por el periodo de tiempo el presente trabajo de investigación será de tipo transversal, debido a que los niños fueron evaluados en un solo periodo de tiempo.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población mensual del servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2014 es de 179 niños entre edades de 3 a 5 años de edad.

3.2.2. Muestra

Para calcular el número de niños a ser evaluados se empleará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{3.84^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 179}{179 \cdot 0.0025 + 3.84^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = \frac{171.84}{0.4475 + 0.96}$$

$$n = \frac{171.84}{1.4075} = 122.08 = 122$$

n= tamaño de muestra

N= tamaño poblacional

Z= coeficiente de confianza = 1.96 $Z^2 = 3.84$ al 95%

p= probabilidad a favor = 0.5

q= probabilidad en contra = 0.5

e= error admisible= 0.05 $e^2 = 0.0025$ al 95%

Por lo tanto, la muestra consistirá en 122 niños entre edades de 3 a 5 años que asistirán al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los meses de octubre-noviembre en el 2014.

3.2.3. Criterios de inclusión:

Para el presente trabajo se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Niños de 3 a 5 años de edad.
- Que tengan la dentición decidua completa.
- Niños que asistan al servicio de pediatría del hospital nacional Arzobispo Loayza.
- Niños que presentaron el consentimiento informado firmado por el padre o apoderado.

3.2.4. Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Niños que no cumplan con el rango de edad.
- Niños con parto pre término.

- Pacientes con piezas deciduas ausentes.
- Niños que no obtuvieron el consentimiento informado por parte del padre o tutor.
- Niños que presenten algún tipo de síndrome craneofacial.

3.3. Variables

3.3.1. Variables dependientes

1. Planos terminales
2. Arco dentario

3.3.2. Variables independientes

1. Lactancia
2. Hábitos de succión no nutritivos

3.3.3. Operacionalización de variables

Variables	Escala de medición	Dimensiones	Indicaciones	Valores
Planos terminales	Cualitativa	Plano terminal recto Escalón mesial Escalón distal	Observación clínica	Derecha Izquierda
Lactancia	Cualitativa	Materna exclusiva Mixta	Entrevista aplicada al padre o tutor	0 a 3 meses 3 a 6 meses 6 a 12 meses

		Artificial exclusiva		12 a 24 meses Mayor de 24 meses
Hábitos de succión no nutritivos	Cualitativa	Succión digital de chupón Interposición labial	Entrevista aplicada al padre o tutor	Frecuencia 1 a 2 veces al día. 2 a 4 veces al día. 4 a 6 veces al día. Mayor de 6 veces al día. Duración 1 a 5 minutos. 5 a 10 minutos. 10 a 20 minutos. Mayor de 20 minutos.
Arcos dentarios	Cualitativa	Tipo	Observación clínica	Ovoide Cuadrado Triangular
		Forma		Arco tipo I Baume Arco tipo II Baume Arco tipo mixto Baume

3.4. Técnica de recolección de datos

Antes de realizar la investigación, se procedió a solicitar la autorización del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se realizó una solicitud al Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la UAP para el permiso correspondiente al estudio que se realizara en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (Ver anexo N° 1).

Durante los meses de Mayo y Junio del 2015, se realizó la investigación en el área de Pediatría a los pacientes de consulta externa en el horario de las tardes (2pm a 6pm), se escogió la muestra siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, se les preguntó a los padres si deseaban participar en este estudio y los que aceptaban se les pidió el consentimiento informado para la evaluación de los niños. (Ver anexo N° 2).

Una vez firmado el consentimiento informado se realizó a la entrevista de los padres por medio de una ficha de recolección para determinar el tipo de lactancia y la presencia de algún hábito de succión no nutritivo, se recogieron las variables: nombres y apellidos del niño, edad del niño, fecha de nacimiento, procedencia, sexo, el tipo de lactancia, tiempo de lactancia, la presencia de un hábito de succión no nutritivo su frecuencia, su duración y el tipo. (Ver anexo N°3).

Se realizó la observación del niño mediante un examen clínico odontológico intrabucal, para determinar el tipo y forma de los arcos dentarios superior e inferior y los planos terminales deciduos tanto del lado derecho e izquierdo.

Se anotaron los resultados obtenidos en la ficha de recolección de datos (ver anexo N°3). Se evaluó a 10 niños por día para facilitar la rapidez del estudio.

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos obtenidos en el estudio se ingresaron en una base de datos de Microsoft Excel 2007 y luego se trasladaron al paquete estadístico SPSS 22.

Los datos obtenidos fueron analizados con la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar si presentaban una distribución normal, y así de esta manera poder escoger la prueba estadística adecuada.

Al encontrar que los datos no poseían una distribución normal (asimétrica) se procedió a realizar el análisis de los resultados mediante la prueba de chi-cuadrado para ver el nivel de significancia estadística.

3.6. Implicaciones éticas

Los hábitos orales son uno de los problemas de salud bucal que se encuentra en los niños; otro problema que podemos observar es el tipo de lactancia que recibe los niños, ya que según la organización mundial de la salud (OMS) los niños deberían tener una lactancia materna hasta los 2 años de edad complementándose los alimentos a partir de los 6 meses.

Las consecuencias de ambos, se observan a través de las diferentes características que puede presentar el arco dentario y los planos terminales en la dentición decidua que puede conllevar a agravar una maloclusión que puede repercutir en el estado odontológico del niño.

4. Resultados

Descripción de la muestra

Se evaluó a 122 niños de 3 a 5 años atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de Mayo y Junio del 2015.

De los 122 niños evaluados 54 fueron al sexo femenino (44.3%), y 68 del sexo masculino (55.7%) (Ver tabla y gráfico 1).

Los niños atendidos, se agruparon por edades de 3 años presentando el 41.8 %, de 4 años con 27.9 % y de 5 años que fueron del 30.3 %. (Ver tabla y gráfico 2).

Lactancia

Los niños de 3 a 5 años fueron agrupados en 3 grupos: lactancia materna exclusiva, lactancia artificial exclusiva y lactancia mixta. El grupo de lactancia materna exclusiva fue conformado por 72 niños (59%), el grupo de lactancia artificial exclusiva, por 31 niños (25.4%) y el grupo de lactancia mixta, por 19 niños (15.6%). (Ver tabla y gráfico 3).

Con respecto al tiempo de lactancia de los niños evaluados, se encontró que el 0.8% lactaron de 3 a 6 meses, el 9.8%, de 6 a 12 meses, el 49.2%, de 12 a 24 meses y el 40.2%, mayor de 24 meses. Encontrándose que el grupo de lactantes de 12 a 24 meses fue el de mayor prevalencia. (Ver tabla y gráfico 4)

Arco dentario

En lo que respecta a la distribución del tipo de arco dentario se apreció que existe mayor prevalencia del Arco Baume tipo II con un 58.2 %, a comparación del Arco Baume tipo I con un 17.2% y el Arco Baume mixto con un 24.6%. (Ver tabla y gráfico 5)

Con lo que respecta a la forma del arco encontramos que tanto en el arco superior, como el inferior existe mayor prevalencia de la forma ovoide con un 91% y un 95% respectivamente. (Ver tabla y gráfico 6 y 7)

Hábitos de succión no nutritivos

En cuanto a los hábitos de succión no nutritivos, 71 presentaron algún hábito de los cuales la succión digital corresponde el 70.4%, la succión de biberón un 25.3% y la interposición labial un 39.4%. (Ver tabla y gráfico 8 y 9)

Planos terminales

Con respecto al tipo de planos terminales tanto del lado derecho como en el izquierdo el tipo de plano terminal de mayor prevalencia es el escalón mesial con un 54.1% y 46.7% respectivamente. A comparación del escalón distal con un 16.4%. (Ver tabla y gráfico 10 y 11)

Relación entre lactancia y arcos dentarios

Para estudiar la relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco dentario superior se utilizó la prueba de chi-cuadrado, encontrando que no existe diferencia estadística significativa, $p= 0,447$ ($p>0.05$). Se observó que en la lactancia materna exclusiva, artificial exclusiva y mixta la forma de arco de mayor porcentaje fue el ovoide con 46.7%, 18.9% y 9% respectivamente. (Ver tabla 12)

Al estudiar la relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco inferior, se encontró que sí existe diferencia estadísticamente significativa $p=0,004$ ($p<0.05$) en la forma del arco triangular, y el tipo de lactancia encontrándose que la lactancia mixta produce un arco inferior triangular con un porcentaje del 1.6%. Se observó que en la lactancia materna exclusiva, artificial exclusiva y mixta la forma de arco de mayor porcentaje fue el ovoide con 47.5%, 18% y 12.3% respectivamente. (Ver tabla 13)

Al estudiar la relación entre el tipo de lactancia y el tipo de arco dentario, se encontró que no existe diferencia significativa $p=0,221$ ($p>0.05$). En la lactancia materna exclusiva, artificial exclusiva y mixta, el tipo de arco de mayor prevalencia fue el Arco Baume tipo II, con un 34.4%, 17.2% y 6.6% respectivamente. (Ver tabla 14)

Relación entre lactancia y planos terminales

Con lo que respecta a la relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal derecho, se encontró que si existen diferencias significativas $p=0,004$ ($p<0.05$) entre el escalón mesial y el tipo de lactancia encontrando diferencia estadísticamente significativa entre la lactancia materna exclusiva (39.3%) y la artificial exclusiva (9%). La lactancia materna exclusiva (39.3%) y la lactancia mixta (5.7%). Por lo tanto la lactancia materna exclusiva estuvo relacionada con el escalón mesial derecho. En el escalón distal derecho se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la lactancia artificial exclusiva (9.8%) y la lactancia mixta (4%), en donde la lactancia artificial exclusiva estuvo relacionada con el escalón distal derecho. Se apreció que en la lactancia materna exclusiva prevaleció el plano terminal mesial con un 39.3%, en la lactancia artificial exclusiva el escalón distal fue el de mayor prevalencia con un 9.8%, en la lactancia mixta prevaleció el escalón mesial con un 5.7%. (Ver tabla 15, 15.1 y 15.2)

En la relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal izquierdo, se halló significancia estadística $p=0.002$ ($p<0.05$) entre el escalón mesial y el tipo de lactancia encontrándose mayor asociación en la lactancia materna exclusiva. También se halló diferencias significativas $p= 0.000$ ($p<0.05$) entre el escalón mesial y el tipo de lactancia habiendo diferencia estadísticamente significativa entre la lactancia materna exclusiva (1.6%) y la artificial exclusiva (10.7%). La lactancia artificial exclusiva (10.7%) y la lactancia mixta (4.1%). Por lo tanto la lactancia artificial exclusiva estuvo relacionada con el escalón distal del plano terminal izquierdo. Se apreció que en la lactancia materna exclusiva prevaleció el plano terminal mesial con un 35.2%. En la lactancia artificial exclusiva el escalón distal fue el de mayor prevalencia con un 10.7%. En la lactancia mixta se observó que prevaleció el plano mesial y plano recto con un 5.7%. (Ver tabla 16 y 16.1)

Relación entre hábitos de succión no nutritivos y arcos dentarios

En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco dentario superior, se encontró que en la variable succión de biberón, si existe diferencia significativa $p=0.004$ ($p<0.05$), hallándose mayor asociación con la forma ovoide, en la succión digital e interposición labial no existen diferencias significativas. Se observó que la forma ovoide fue el de mayor prevalencia en la succión digital, succión de

biberón e interposición labial con un 46.5%, 14% y 26.8% de los niños que presentan hábitos de succión no nutritivos respectivamente. (Ver tabla 17)

En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco dentario inferior, se encontró que si existe diferencia significativa ($p=0.002$) en la variable succión de biberón, teniendo mayor diferencia estadísticamente significativa entre la forma ovoide (15.5%) y cuadrada (7%), encontrándose mayor relación de la forma ovoide con la succión de biberón. La succión digital e interposición labial no se encontraron diferencias significativas. Se observó que la forma ovoide fue el de mayor prevalencia en la succión digital, succión de biberón e interposición labial con un 52.1%, 15.5% y 32.4% de los niños que presentan hábitos de succión no nutritivos respectivamente. (Ver tabla 18 y 18.1)

En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el tipo de arco dentario se observó que no existe diferencia significativa. Se encontró que en los niños que presentan hábitos de succión no nutritivos, el Arco Baume tipo II es el de mayor prevalencia en los tres grupos. Con un 39.4% en la succión digital, un 28.1% en la interposición labial y un 18.3% en el grupo de succión de biberón. (Ver tabla 19)

Relación entre hábitos de succión no nutritivos y planos terminales

En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal derecho se encontró que existe diferencia muy significativa ($p=0.001$) para la succión de biberón hallándose diferencia estadísticamente significativa entre el escalón mesial (5.6%) y el escalón distal (11.2%). El escalón distal (11.2%) y el plano recto (8.5%). Por lo tanto el escalón distal derecho estuvo relacionada con la succión de biberón con un porcentaje del 11.2%. En la interposición labial ($p=0.007$) se encontró diferencia estadísticamente significativa entre escalón mesial (15.5%), el escalón distal (14%) y el plano recto (9.9%). El escalón mesial derecho tuvo relación con la interposición labial con un porcentaje del 15.5%. También se observó que en la succión digital y la interposición labial, el escalón de mayor prevalencia fue el escalón mesial con un 32.4% y 15.5% respectivamente, a diferencia de la succión de biberón que el de mayor porcentaje fue el escalón distal con un 11.2%. (Ver tabla 20, 20.1 y 20.2)

En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal izquierdo, se encontró que existe diferencia muy significativa para la succión de biberón ($p=0.002$) con mayor diferencia estadísticamente entre el escalón mesial (5.6%) y el escalón distal (11.2%). El escalón distal (11.2%) y el plano recto (8.5). Por lo tanto el escalón distal izquierdo estuvo relacionada con la succión de biberón. En la succión digital e interposición no existen diferencias significativas. También se observó que en la succión digital y la interposición labial, el escalón de mayor prevalencia fue el escalón mesial con un 28.2% y 16.9% respectivamente, a diferencia de la succión de biberón que el de mayor porcentaje fue el escalón distal con un 11.2%. (Ver tabla 21 y 21.1)

Tabla 1

Distribución del sexo de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	SEXO	
	n	%
Femenino	54	44.3
Masculino	68	55.7
Total	122	100

Gráfico 1. Distribución del sexo de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza -2014. (n=122)

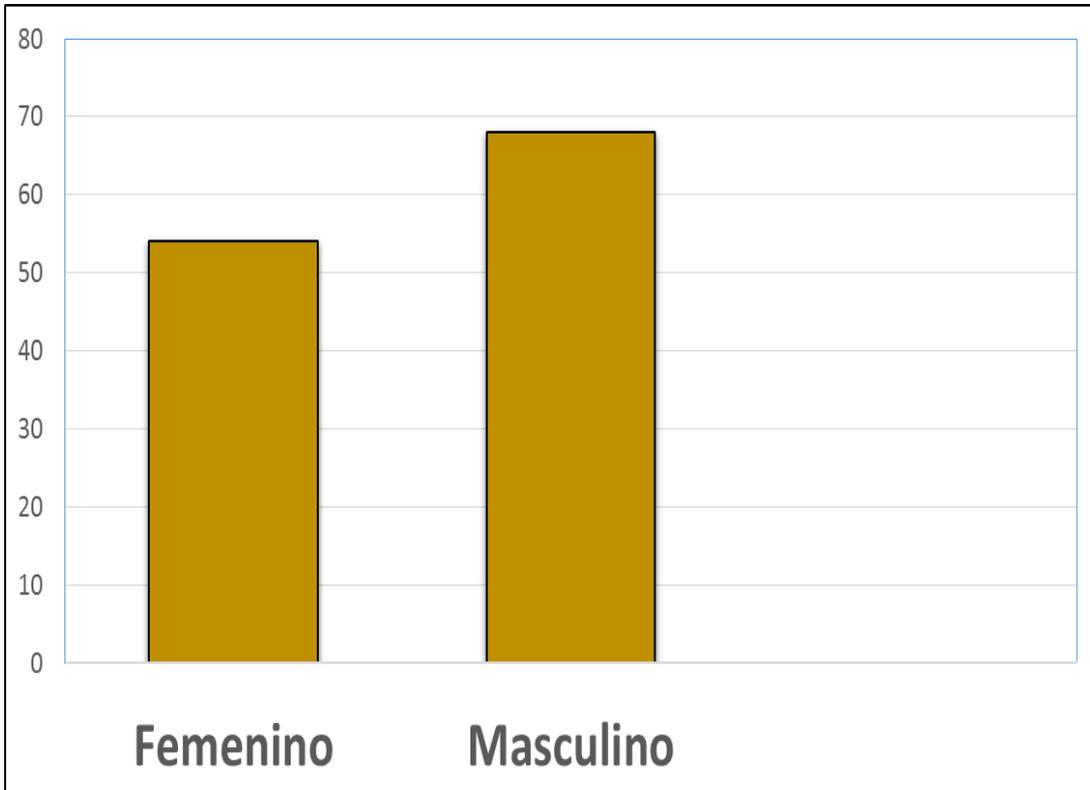


Tabla 2

Distribución de las edades de los niños de 3 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	EDAD	
	n	%
3 años	51	41.8
4 años	34	27.9
5 años	37	30.3
Total	122	100

Gráfico 2. Distribución de las edades de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

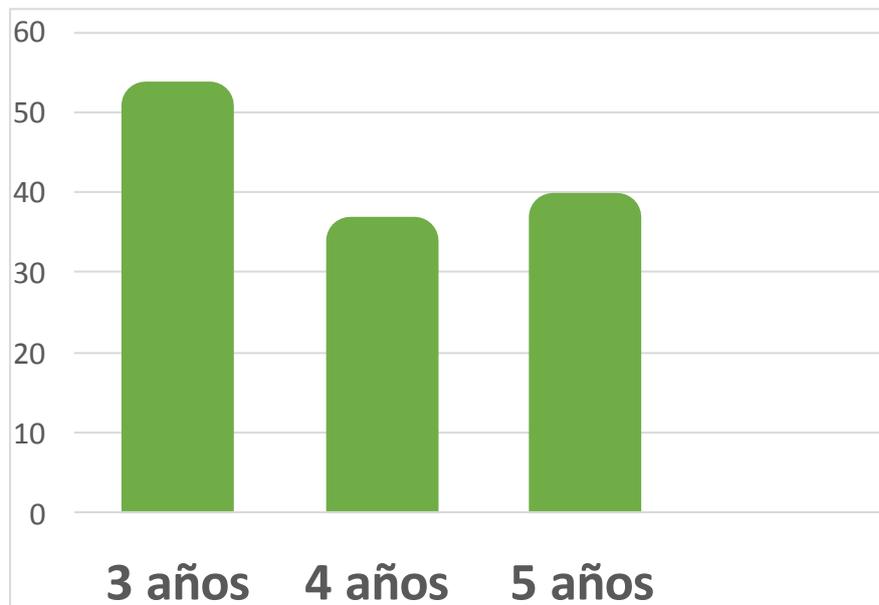


Tabla 3

Distribución del tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

TIPO DE LACTANCIA		
	n	%
Materna exclusiva	72	59
Artificial exclusiva	31	25.4
Mixta	19	15.6
Total	122	100

Gráfico 3. Distribución del tipo de lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

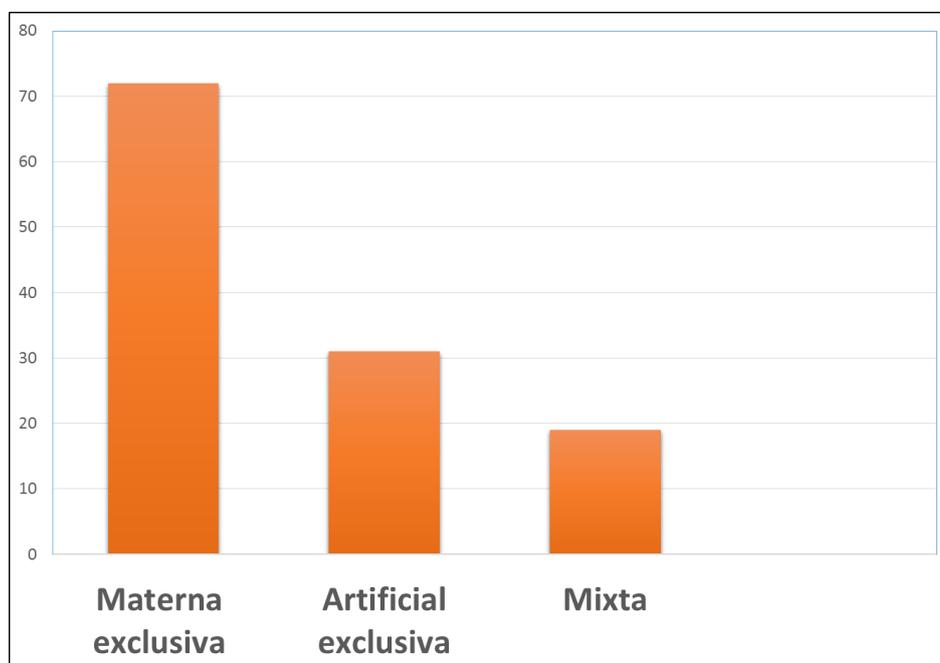


Tabla 4

Distribución del tiempo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	TIEMPO DE LACTANCIA	
	n	%
3 a 6 meses	1	0.8
6 a 12 meses	12	9.8
12 a 24 meses	60	49.2
Mayor de 24 meses	49	40.2
Total	122	100

Gráfico 4. Distribución del tiempo de lactancia de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

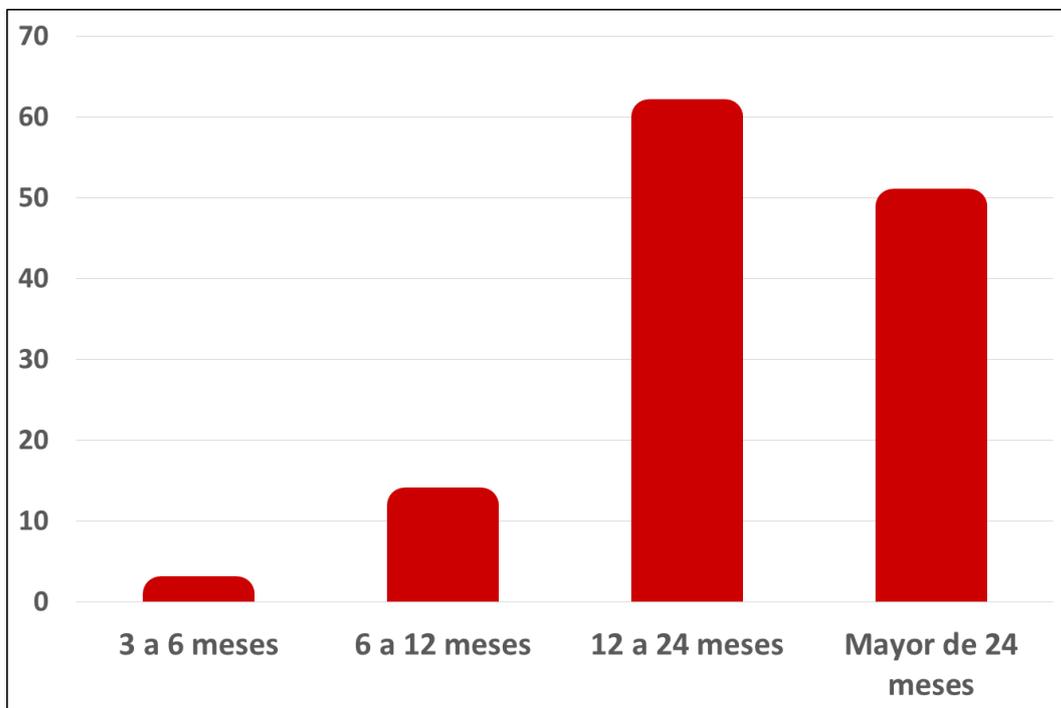


Tabla 5

Distribución del tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	TIPO DE ARCO DENTARIO	
	n	%
Arco Baume tipo I	21	17.2
Arco Baume tipo II	71	58.2
Arco Baume mixto	30	24.6
Total	122	100

Gráfico 5. Distribución del tipo de arco dentario de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

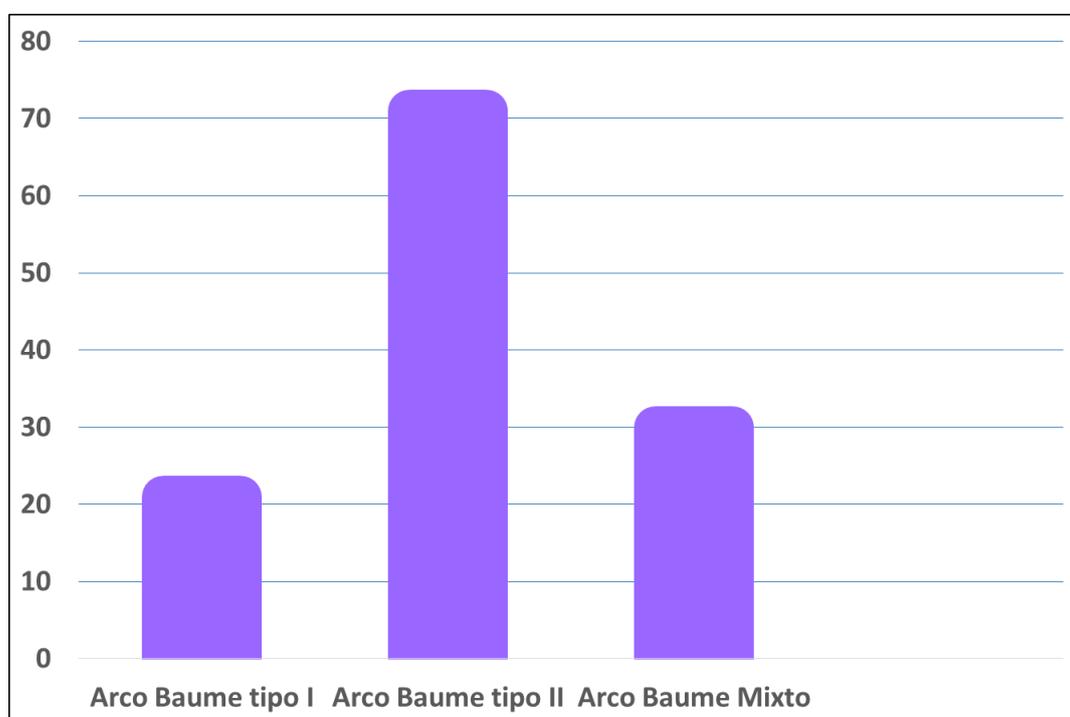


Tabla 6

Distribución de la forma de arco dentario superior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	FORMA DE ARCO SUPERIOR	
	n	%
Ovoide	91	74.6
Triangular	7	5.7
Cuadrado	24	19.7
total	122	100

Gráfico 6. Distribución de la forma de arco dentario superior de los niños atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

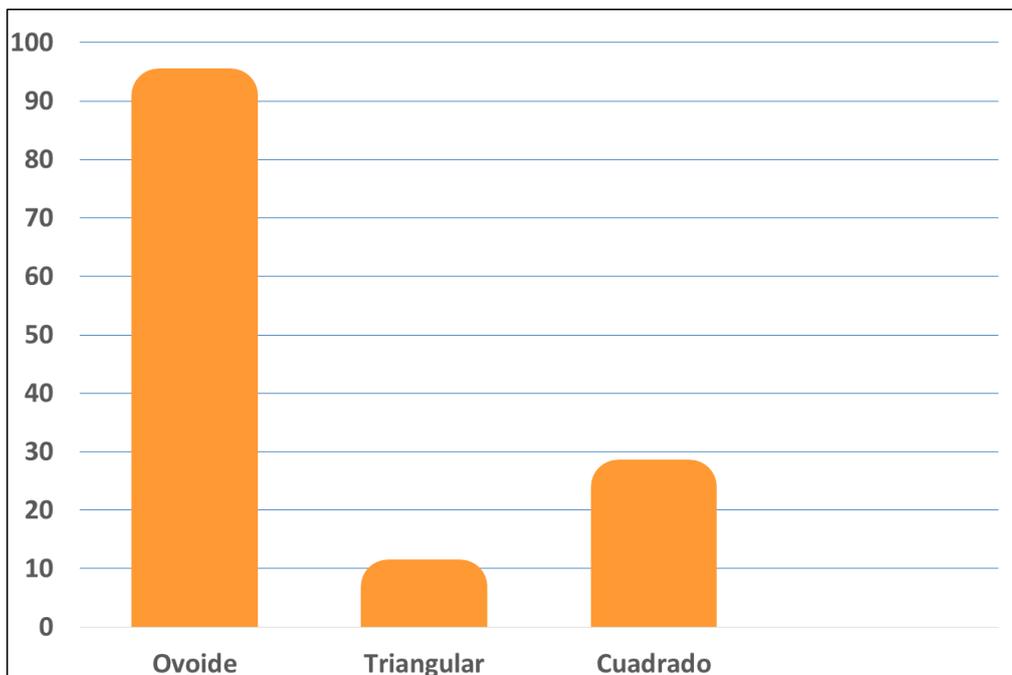


Tabla 7

Distribución de la forma de arco dentario inferior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

FORMA DE ARCO INFERIOR		
	n	%
Ovoide	95	77.9
Triangular	2	1.6
Cuadrado	25	20.5
total	122	100

Gráfico 7. Distribución de la forma de arco dentario inferior de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

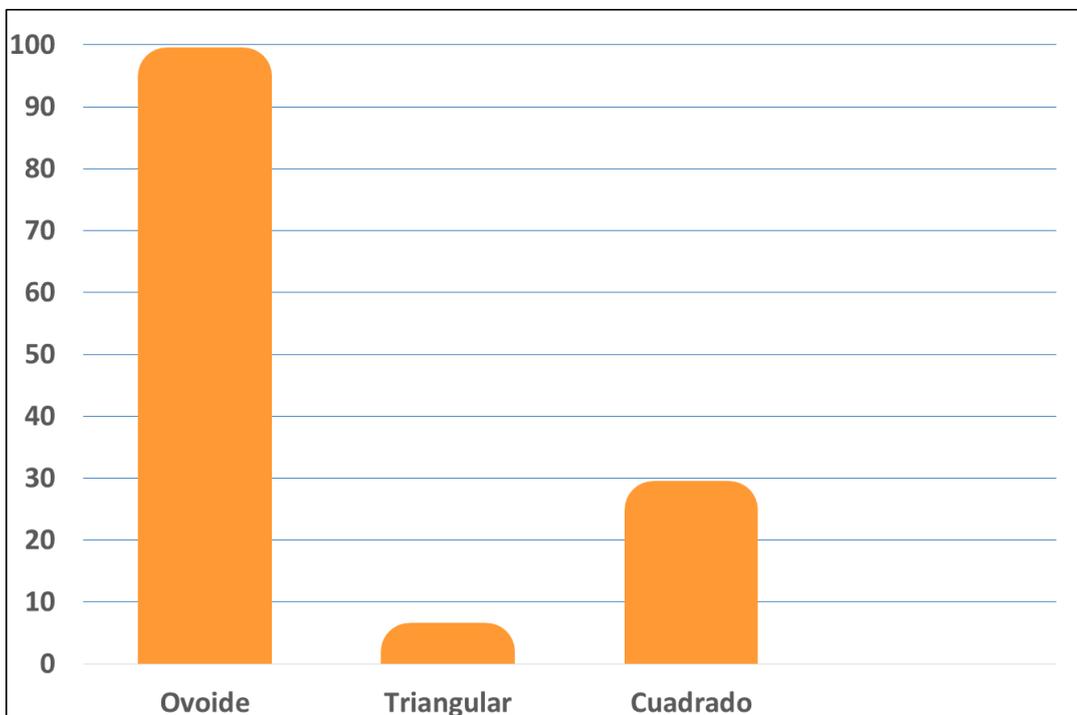


Tabla 8

Distribución de la presencia de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVOS		
	n	%
Presenta	71	58.2
No presenta	51	41.8
Total	122	100

Gráfico 8. Distribución de la presencia de hábitos de succión no nutritivos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

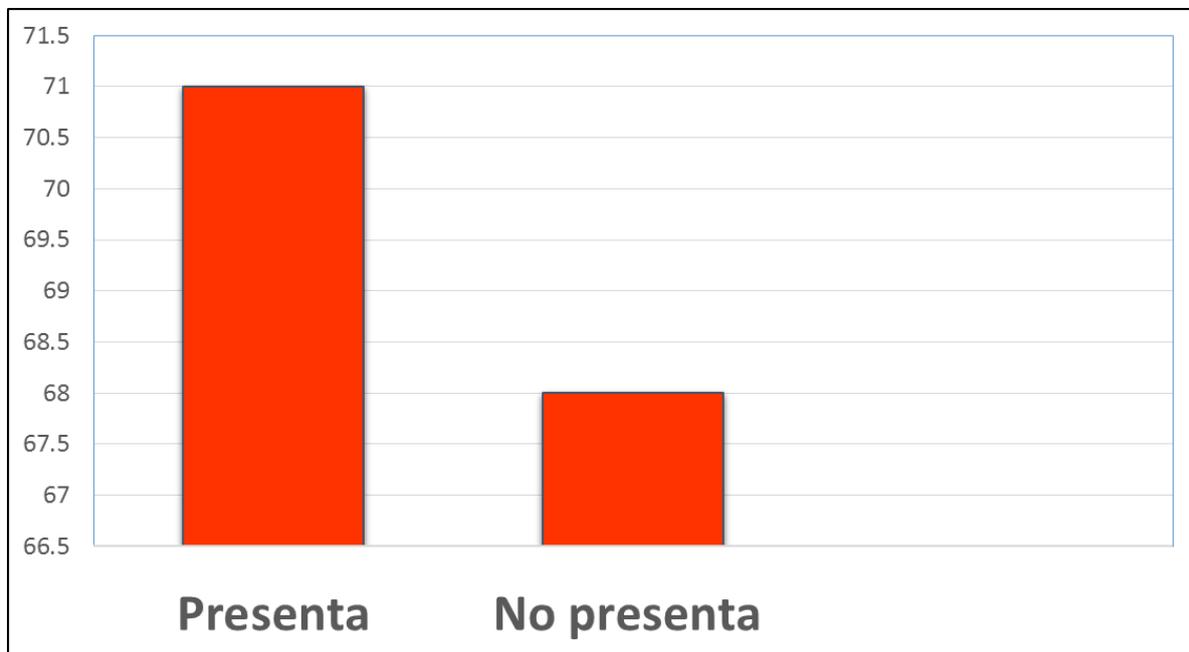


Tabla 9

Distribución de los tipos de hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVOS		
	n	%
Succión digital	50	70.4
Succión de biberón	18	25.3
Interposición labial	28	39.4

Gráfico 9. Distribución de los hábitos de succión no nutritivos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

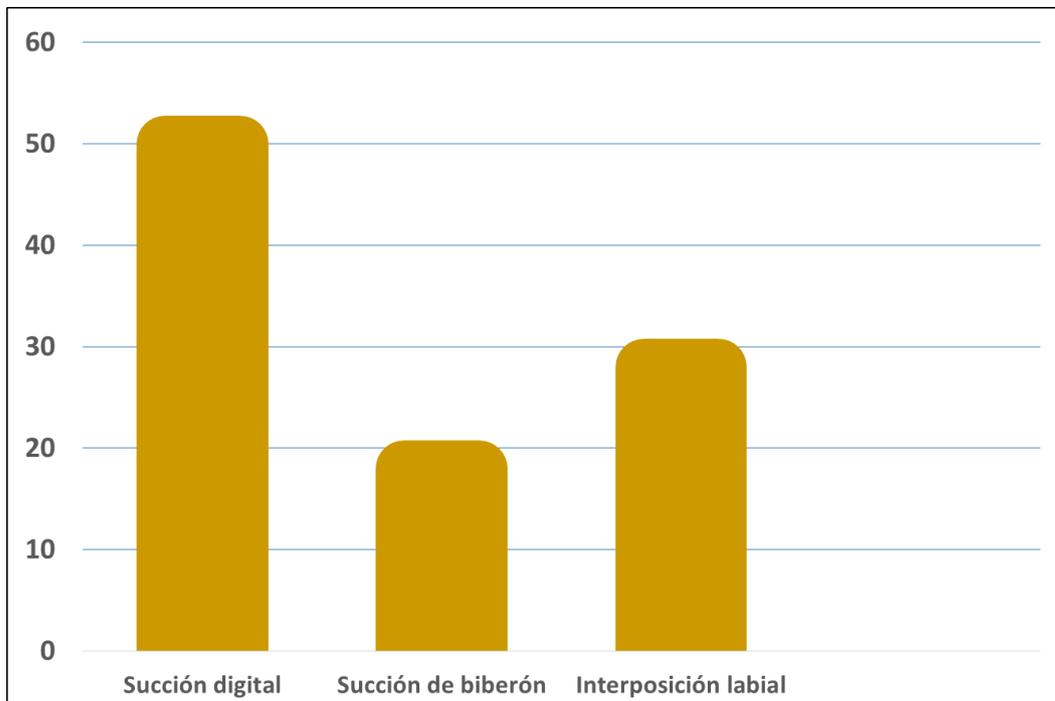


Tabla 10

Distribución del tipo de plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	Plano terminal derecho	
	n	%
Escalón mesial	66	54.1
Escalón distal	20	16.4
Plano recto	36	29.5
Total	122	100

Gráfico 10. Distribución del tipo terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

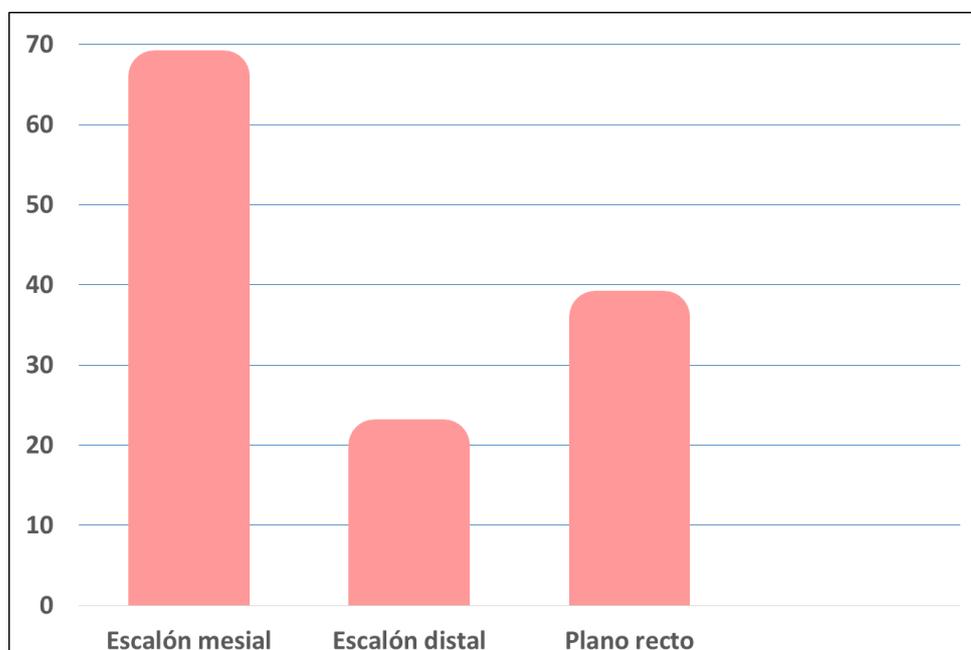
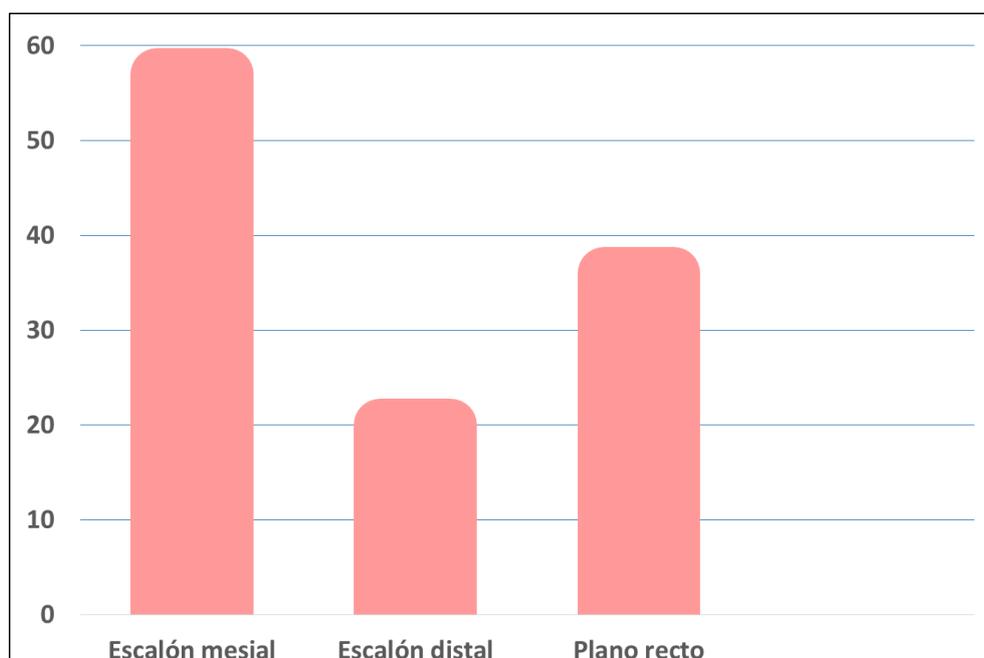


Tabla 11

Distribución del tipo de plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

	Plano terminal izquierdo	
	n	%
Escalón mesial	57	46.7
Escalón distal	20	16.4
Plano recto	45	36.9
Total	122	100

Gráfico 11. Distribución del tipo terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)



3.2. Estudio

Tabla 12

Relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco superior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Arco superior	Tipo de lactancia						p
	Materna exclusiva		Artificial exclusiva		Mixta		
	n	%	n	%	n	%	
Ovoide	57	46.7	23	18.9	11	9	0.166
Triangular	3	2.5	2	1.6	2	1.6	0.559
cuadrado	12	9.8	6	4.9	6	4.9	0.347

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 13

Relación entre el tipo de lactancia y la forma del arco inferior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Arco inferior	Tipo de lactancia						p
	Materna exclusiva		Artificial exclusiva		Mixta		
	n	%	n	%	n	%	
Ovoide	58	47.5	22	18	15	12.3	0.557
Triangular	0	0	0	0	2	1.6	0.004
cuadrado	14	11.5	9	7.4	2	1.6	0.273

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 14

Relación entre el tipo de lactancia y el tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Tipo de arco	Tipo de lactancia						p
	Materna exclusiva		Artificial exclusiva		Mixta		
	n	%	n	%	n	%	
Arco Baume tipo I	15	12.3	2	1.6	4	3.3	0.185
Arco Baume tipo II	42	34.4	21	17.2	8	6.6	0.204
Arco Baume mixto	15	12.3	8	6.6	7	5.7	0.348
Total	72	59	31	25.4	19	15.6	

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 15

Relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Plano terminal derecho	Tipo de lactancia						p
	Materna exclusiva		Artificial exclusiva		Mixta		
	n	%	n	%	n	%	
Escalón mesial	48	39.3	11	9	7	5.7	0.004
Escalón distal	2	1.6	12	9.8	6	4	0.000
Plano recto	22	18	8	6.6	6	4.9	0.900

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 15.1

Relación entre el escalón mesial y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Escalón mesial	p
Materna exclusiva y artificial exclusiva	0.000
Materna exclusiva y mixta	0.000
Artificial exclusiva y mixta	0.211

Tabla 15.2

Relación entre el escalón distal y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Escalón distal	p
Materna exclusiva y artificial exclusiva	0.068
Materna exclusiva y mixta	0.329
Artificial exclusiva y mixta	0.000

Tabla 16

Relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Plano terminal izquierdo	Tipo de lactancia						p
	Materna exclusiva		Artificial exclusiva		Mixta		
	n	%	n	%	n	%	
Escalón mesial	43	35.2	7	5.7	7	5.7	0.002
Escalón distal	2	1.6	13	10.7	5	4.1	0.000
Plano recto	27	22.1	11	9	7	5.7	0.981

Prueba de chi-cuadrado

P < 0.05

Tabla 16.1

Relación entre el escalón distal y el tipo de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Escalón distal	p
Materna exclusiva y artificial exclusiva	0.042
Materna exclusiva y mixta	0.339
Artificial exclusiva y mixta	0.000

Tabla 17

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco superior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Hábitos de succión no nutritivos	Arco superior						p
	Ovoide		Triangular		Cuadrado		
	n	%	n	%	n	%	
Succión digital	33	46.5	5	7	12	16.9	0.115
Succión de biberón	10	14	4	5.6	4	5.6	0.004
Interposición labial	19	26.8	1	1.4	8	11.3	0.371

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 18

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco inferior dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Hábitos de succión no nutritivos	Arco inferior						p
	Ovoide		Triangular		Cuadrado		
	n	%	n	%	n	%	
Succión digital	37	52.1	0	0	13	18.3	0.246
Succión de biberón	11	15.5	2	2.8	5	7	0.002
Interposición labial	23	32.4	0	0	5	7	0.669

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 18.1

Relación entre la succión de biberón y la forma del arco dentario inferior en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Succión de biberón	p
Ovoide y triangular	0.060
Ovoide y cuadrado	0.001
Triangular y cuadrado	0.352

Tabla 19

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el tipo de arco dentario en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Hábitos de succión no nutritivos	Tipo de arco dentario						p
	Arco Baume tipo I		Arco Baume tipo II		Arco Baume mixto		
	n	%	n	%	n	%	
Succión digital	8	11.3	28	39.4	14	19.7	0.762
Succión de biberón	1	1.4	13	18.3	4	5.6	0.296
Interposición labial	3	4.2	20	28.1	5	7	0.265

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 20

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Hábitos de succión no nutritivos	Plano terminal derecho						p
	Escalón mesial		Escalón distal		Plano recto		
	n	%	n	%	n	%	
Succión digital	23	32.4	13	18.3	14	19.7	0.053
Succión de biberón	4	5.6	8	11.2	6	8.5	0.001
Interposición labial	11	15.5	10	14	7	9.9	0.007

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 20.1

Relación entre la succión de biberón y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Succión de biberón	p
Escalón mesial y distal	0.043
Escalón mesial y plano recto	0.109
Escalón distal y plano recto	0.007

Tabla 20.2

Relación entre la interposición labial y el plano terminal derecho en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122).

Interposición labial	p
Escalón mesial y distal	0.002
Escalón mesial y plano recto	0.014
Escalón distal y plano recto	0.023

Tabla 21

Relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Hábitos de succión no nutritivos	Plano terminal izquierdo						p
	Escalón mesial		Escalón distal		Plano recto		
	n	%	n	%	n	%	
Succión digital	20	28.2	12	16.9	18	25.4	0.148
Succión de biberón	4	5.6	8	11.2	6	8.5	0.002
Interposición labial	12	16.9	8	11.2	8	11.2	0.130

Prueba de chi-cuadrado
P < 0.05

Tabla 21.1

Relación entre la succión de biberón y el plano terminal izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014. (n=122)

Succión de biberón	p
Escalón mesial y distal	0.043
Escalón mesial y plano recto	0.109
Escalón distal y plano recto	0.007

5. Discusión

En el presente estudio descriptivo, observacional, transversal, no experimental, tuvo como finalidad determinar los efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales, se realizaron encuestas y la observación clínica en todos los niños que fueron parte de la muestra, la cual constó de 122 niños entre edades de 3, 4 y 5 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima-2014.

La muestra, se agrupó por edades de 3 años presentando el 41.8 %, de 4 años. 27.9 % y de 5 años que fueron del 30.3 %; en el estudio de **Alemán, González, Díaz, Delgado (2)**, los niños cubanos se agruparon con el mismo rango de edad de 3 a 5 años, lo cual indica que esta es la edad más importante para el diagnóstico precoz de hábitos orales y maloclusiones.

En este estudio, de los 122 niños evaluados el 44.3% fue del sexo femenino mientras que el 55.7% fue del sexo masculino, apreciándose un mayor porcentaje del sexo masculino, a comparación del estudio de **Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales, Patiño (15)** en el cual se observó que de los 500 niños bolivianos de 3 a 7 años evaluados, el 47% fue del sexo masculino y 53% del sexo femenino, teniendo la mayor prevalencia el sexo femenino. En otros estudios como en el de **Barbosa, Isper, Saliba, Gonçalves (13)** que estuvo conformado por 87 niños brasileños de 0

a 6 meses se apreció, mayor prevalencia del grupo femenino con un 56.3% y el sexo masculino con un 43.7%.

En cuanto a la lactancia materna se observó que fue exclusiva en un 59%, artificial exclusiva en un 25.4% y mixta en un 15.6%. En otros estudios como el de **Carrasco, Villena, Pachas, Sánchez (3)** que estuvo conformada por 133 niños limeños del distrito de Carabaillo, se puede apreciar que el 96.3% de los niños recibió lactancia materna, 80.2% de ellos lo recibieron exclusivamente, se encontró el uso del biberón en el 61.9%, en este estudio la edad de los niños evaluados fue de 0 a 71 meses.

En este estudio se apreció que respecto al tiempo de lactancia ningún niño lactó durante el periodo de 0 a 3 meses, el 0.8% lactaron de 3 a 6 meses; el 9.8%, de 6 a 12 meses; el 49.2%, de 12 a 24 meses y el 40.2%, mayor de 24 meses. En el estudio de **Goncalves, Saliba, Isper, Fernández (14)**, se observó con respecto al tiempo de lactancia de los niños brasileños evaluados, que ningún niño lactó de 0 a 3 meses, el 14.7% lactaron de 3 a 6 meses; el 23% de 6 a 12 meses; el 36.1%, de 12 a 24 meses y el 14.7%, mayor de 24 meses; Encontrándose que el grupo de lactantes de 12 a 24 meses fue el de mayor prevalencia, en ambos estudios. Otros autores como **Blanco, Guerra y Rodríguez (16)** encontraron que el 58% de los 226 niños venezolanos de 3 a 6 años fue amamantado por 6 meses o más y el restante por 6 meses o menos. En el estudio de **Rodríguez y Martínez (1)** se apreció que de los 156 niños de 3 a 5 años, el 56.41% de los niños cubanos recibieron lactancia por un periodo menor de 6 meses y el restante lo recibieron por un periodo de 6 meses a más. Teniendo ambos la prevalencia de 6 meses a más.

Con respecto al tipo de arco se apreció que el Arco Baume tipo II tiene un 58.2%, a comparación del Arco Baume tipo I con un 17.2% y el Arco Baume mixto con un 24.6%,teniendo la mayor prevalencia el Arco Baume tipo II en comparación al estudio realizado por **Álvarez, Quiroz, Chamilco, Akira, Luza, Huanca, et al (18)** de los 50 niños limeños de 19 a 36 meses, el 58%,presentó el Arco Baume tipo I; el 38% el Arco Baume tipo II y el 4% no registra. Con la mayor prevalencia del Arco Baume tipo I.

En la forma del arco dentario tanto superior como inferior se apreció que el 74.6% tiene forma ovoide; el 19.7% de forma cuadrada y el 5.7%, triangular; esto en el arco superior y en el arco inferior, el 77.9% presentó forma ovoide; el 20.5, cuadrado y el 1.6%, triangular, teniendo en ambos arco el de mayor prevalencia la forma ovoide. El mismo resultado observó **Furuki (12)** en su estudio en 306 niños ecuatorianos de 5 a 12 años, que el 51% de su muestra presentó arco de tipo ovoide, el 43% cuadrada y el 6% de forma triangular.

Los hábitos de succión no nutritivos, que se observaron en el estudio fue, que 71 niños (58.2%) presentaron algún hábito de los cuales la succión digital corresponde el 70.4%, la succión de biberón un 25.3% y la interposición labial un 39.4%, en otros estudios como el de **Reyes, Rosales, Rosello, García (11)**, que encontraron que de los 180 niños mexicanos de 5 a 11 años, el 28.3% presentaron succión digital y un 15%, de succión de biberón; en ambos estudios se vio mayor prevalencia de la succión a diferencia del estudio de **Pipa, Cuerpo, López, Gonzales, Pipa, Acevedo (4)**, en 368 niños españoles de 3 a 9 años, en el que observaron que la succión digital y la succión del chupete, presentando un 9% y 83.7%

respectivamente, siendo en este estudio el de mayor prevalencia la succión de chupete; **Furuki (12)**, estudio la succión digital en 306 niños ecuatorianos de 5 a 12 años observó, que el 29.4% de los niños ecuatorianos presentó este hábito. También en el estudio de **Blanco, Guerra, Rodríguez (17)** en 226 niños venezolanos de 3 a 6 años, encontraron que el 44.2% de su muestra presentaron algún hábito. Podemos observar en el estudio de **Franco, Gorritxo, García (10)** que el 90.7% de su población de 225 niños de 2 a 6 años españoles, presentó algún hábito y el 9.3% no lo presentó, más del 80% del total ha tenido relación con el hábito de succión de biberón (72.9% ha tenido historia de succión y el 8% mantiene el hábito y el 7.1% presentó succión digital.

En lo que se refiere a los planos terminales, se aprecia, en el lado derecho un escalón mesial con 54.1%, un plano recto con un 29.5% y el escalón distal con un 16.4%, en el lado izquierdo un escalón mesial con el 46.7%, plano recto con 36.9% y un escalón distal con un 16.4, en ambos lados se aprecia la prevalencia del escalón mesial; a diferencia del estudio de **Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales, Patiño (15)** que observaron que el 76% de los 500 niños bolivianos de 3 a 7 años, presentaron un escalón distal, un 11.2, un escalón mesial y un 12.8%, un plano recto, siendo el de mayor prevalencia el escalón distal.

Luego de realizar el estudio entre los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos con el tipo y forma del arco dentario y los planos terminales, se encontró diferencia significativa en algunas de ellas, el tipo de lactancia con la forma del arco superior, el plano terminal derecho e izquierdo; y en los hábitos de succión no nutritivos, se encontró diferencia significativa en la succión de biberón con la forma

del arco superior e inferior y los planos terminales derecho e izquierdo y la interposición labial con el plano terminal derecho.

Se halló diferencia estadísticamente significativa en el tipo de lactancia y la forma del arco inferior ($p=0.004$) encontrándose que la lactancia mixta produce un arco triangular con un porcentaje del 1.6%. Se encontró que en la relación del tipo de lactancia y la forma del arco superior no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0.447$). La forma de arco dentario que prevaleció, fue la forma ovoide en lado superior e inferior en los niños que presentan lactancia materna exclusiva, artificial exclusiva y mixta presentando en el lado superior un 46.7%, 18.9% y 9% y en el lado inferior 47.5%, 18% y 12.3% respectivamente. En el estudio de **Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales, Patiño (15)** de 550 niños bolivianos de 3 a 7 años, se encontró que la alimentación con biberón conlleva a una probabilidad de maloclusión alterando el desarrollo armónico de las arcas dentarias. En el estudio de **Blanco, Guerra y Rodríguez (16)** en 226 niños venezolanos de 3 a 6 años, encontraron asociación significativa entre lactar por 6 meses o más y un perfil normal para la edad, paladar con características normales, normoclusión y mordida anterior normal.

También se encontró que no existen diferencias significativas entre el tipo de arco dentario y el tipo de lactancia ($p=0.221$). El tipo de arco dentario de mayor prevalencia encontrado en los tres grupos de lactancia fue el Arco Baume tipo II con un 34.4% en la lactancia materna exclusiva, 17.2% en la lactancia artificial exclusiva y un 6.6% en la lactancia mixta. No se encuentran estudios sobre esta relación por lo cual se considera de mucha importancia en el estudio.

Se encontró diferencias estadísticas entre el tipo de lactancia y los planos terminales en ambos lados, hallándose diferencia estadísticamente significativa ($p=0.004$) en el escalón mesial derecho y el tipo de lactancia. Se observó que la lactancia materna exclusiva estuvo relacionada al escalón mesial derecho con un porcentaje del 39.3%. En el escalón distal derecho ($p=0.000$) se halló diferencia estadísticamente significativa con el tipo de lactancia, en donde se encontró que hubo relación de la lactancia artificial exclusiva con el escalón distal derecho con un porcentaje del 9.8%. En el lado izquierdo se apreció diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$) en el escalón mesial y el tipo de lactancia, encontrándose que la lactancia materna exclusiva estuvo relacionada con el escalón mesial izquierdo con un porcentaje del 35.2%. En el escalón distal izquierdo se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$) con el tipo de lactancia, encontrándose que la lactancia artificial exclusiva estuvo relacionada al escalón distal izquierdo con un porcentaje del 10.7%. En el estudio de **Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales, Patiño (15)** se observó que los 500 niños bolivianos de 3 a 7 años que tuvieron alimentación con biberón los primeros meses de vida es el principal factor para el desarrollo de una Clase II de Angle, también encontraron que los niños que tuvieron lactancia materna exclusiva presentaron un 86% un plano terminal recto y un 11% un escalón mesial a diferencia de los niños que tuvieron lactancia artificial que presentaron un 87% un escalón distal y un 14% un escalón mesial. **Blanco, Guerra y Rodríguez (16)** encontraron que de los 226 niños venezolanos de 3 a 6 años, existe una fuerte asociación entre un periodo de amamantamiento menor de 6 meses y la presencia de una distoclusión, también apreciaron que los niños con lactancia materna menor de 6 meses presentaban distoclusión con un porcentaje del 74.7%.

Se encontró que no existen diferencias significativas entre los hábitos de succión no nutritivos y el tipo de arco dentario. En los niños que presentan hábitos de succión no nutritivos, el Arco Baume tipo II es el de mayor prevalencia en los tres grupos. Con un 39.4% en la succión digital, un 28.1% en la interposición labial y un 18.3% en el grupo de succión de biberón, En el estudio de **Álvarez, Quiroz, Chamilco, Akira, Luza, Huanca et al. (18)** en 50 niños peruanos de 3 a 6 meses observaron que en el hábito de succión de biberón no existía una tendencia marcada para alterar el componente dental con respecto al Arco Baume. Registraron en los niños limeños que en la succión de biberón el 100% presentaron Arco Baume tipo I.

Se apreció diferencias significativas entre los hábitos de succión no nutritivos y la forma del arco dentario superior $p=0.004$, observándose diferencia estadísticamente significativa en la succión de biberón y la forma ovoide en el arco superior. En el arco dentario inferior se encontró diferencia estadísticamente significativa $p=0.002$ en la succión de biberón y la forma del arco inferior, en donde la forma ovoide estuvo relacionada con la succión de biberón con un porcentaje del 15.5%. En el estudio de **Álvarez, Quiroz, Chamilco, Akira, Luza, Huanca et al. (18)** en 50 niños peruanos de 3 a 6 meses, se apreció que los hábitos orales influyen en la presencia temprana de desvíos dentales. Otros autores como **Furuki (12)**, que solo estudió la succión digital en 306 niños ecuatorianos de 5 a 12 años encontró que el 51% de estos presentaban un arco de forma ovoide.

Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de succión no nutritivos y el plano terminal derecho $p=0.001$, en la succión de biberón y el plano terminal, en donde el escalón distal derecho estuvo relacionada con la succión de

biberón con un porcentaje del 11.2%. También se encontró diferencia estadísticamente significativa $p=0.007$ en la interposición labial y el plano terminal derecho, observándose que el escalón mesial derecho estuvo relacionada a la interposición labial con un porcentaje del 15.5%. En el plano terminal izquierdo se encontró diferencia estadísticamente significativa $p=0.002$ en la succión de biberón con el plano terminal izquierdo, en donde el escalón distal izquierdo se encuentra relacionada con la succión de biberón con un porcentaje del 11.2%. En el estudio de **Mendoza, Asbún, Crespo, Gonzales, Patiño (11)** de 500 niños de 3 a 7 años, encontraron asociación estadísticamente significativa entre los hábitos de succión no nutritivos y la alimentación con biberón con la Clase II de Angle y la maloclusión, también encontraron que de los niños que presentaron hábitos de succión no nutritiva, el 76% presentaron escalón distal. En el estudio de **Álvarez, Quiroz, Chamilco, Akira, Luza, Huanca et al. (18)** de 50 niños de 19 a 36 meses, hallaron que existía una fuerte relación entre la succión digital y el plano terminal recto o distal ($p=0.000$). También observaron en su estudio, que de los niños limeños que presentaron succión digital el 89% presentaron un plano terminal recto o distal. Otros estudios como el de **Alemán, González, Díaz, Delgado (2)**, que encontraron en 300 niños cubanos de 3 a 5 años, una fuerte relación entre los hábitos y el escalón distal patológico. Observaron también que en el hábito de succión de biberón el escalón de mayor predominio fue el escalón distal en el lado izquierdo con un 59.7, y en el lado derecho fue el plano recto con un 61.19%; en la succión digital el de mayor predominio fue el plano recto en un mismo porcentaje en ambos lados de un 53.12%.

Este tema ha sido de mucha importancia, debido que es fundamental el conocer la relación del tipo de lactancia y hábitos de succión no nutritivos con la forma y tipo de arco dentario de los planos terminales en los niños para así prevenir diferentes maloclusiones que interfieran con el buen crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático.

6. Conclusiones

1. La lactancia materna exclusiva fue el de mayor prevalencia en el estudio.
2. El tiempo de lactancia de mayor prevalencia fue de 12 a 24 meses.
3. El tipo de arco dentario de mayor prevalencia fue el Arco Baume tipo II y la forma del arco dentario de mayor prevalencia fue el ovoide en ambos arcos.
4. El hábito de succión no nutritivo de mayor prevalencia fue la succión digital.
5. En los planos terminales el que tuvo mayor prevalencia fue el escalón mesial.
6. No hubo diferencias estadísticas entre el tipo de lactancia y el tipo de arco dentario y la forma del arco dentario superior, pero si se halló diferencia significativa ($p=0.004$) con la forma del arco inferior y el tipo de lactancia entre la forma triangular y la lactancia mixta.
7. En el plano terminal derecho hubo diferencia estadísticamente significativa $p=0.004$ en el escalón mesial y el tipo de lactancia, entre la lactancia materna exclusiva y la lactancia artificial exclusiva $p=0.000$, así como la lactancia materna exclusiva y la lactancia mixta $p=0.000$. Se encontró que la lactancia materna exclusiva está relacionada al escalón mesial derecho con un

porcentaje del 39.3%. También se halló diferencia estadísticamente significativa $p=0.000$ en el escalón distal derecho y el tipo de lactancia, entre la lactancia artificial exclusiva y la lactancia mixta $p=0.000$. Por lo tanto la lactancia artificial exclusiva estuvo relacionada al escalón distal derecho.

8. En el plano terminal izquierdo hubo diferencia estadísticamente significativa $p=0.002$ en el escalón mesial y el tipo de lactancia, en donde la lactancia materna exclusiva estuvo relacionada con el escalón mesial izquierdo con un porcentaje del 35.2%. También se encontró diferencia estadísticamente significativa $p=0.000$ en el escalón distal izquierdo y el tipo de lactancia, entre la lactancia materna exclusiva y la lactancia artificial exclusiva $p=0.042$, así como la lactancia artificial exclusiva y la lactancia mixta $p=0.000$. Por lo tanto la lactancia artificial exclusiva estuvo relacionada al escalón distal izquierdo con un porcentaje del 10.7%.
9. En la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el tipo de arco dentario no hubo diferencia estadística, pero si se halló diferencia estadística con la forma del arco superior e inferior, apreciándose mayor significancia entre la succión del biberón con la forma ovoide superior con un porcentaje del 14%. En el arco inferior se halló diferencia estadísticamente significativa en la succión de biberón y la forma del arco entre la forma ovoide y cuadrada $p=0.001$, encontrándose que la forma ovoide estuvo relacionada a la succión de biberón con un porcentaje del 15.5%.

10. En los hábitos de succión no nutritivos hubo diferencia estadísticamente significativa $p=0.001$ en la succión de biberón y el plano terminal derecho, entre el escalón mesial y el escalón distal $p=0.043$, así como el escalón distal y el plano recto $p=0.007$. Por lo tanto el escalón distal estuvo relacionada con la succión de biberón con un porcentaje del 11.2%. Se encontró diferencia estadísticamente $p=0.007$ en la interposición labial y el plano terminal derecho entre el escalón mesial y el escalón distal $p=0.002$, así como en el escalón mesial y el plano recto $p=0.014$, también entre el escalón distal y el plano recto $p=0.023$. encontrándose que el escalón mesial está relacionada con la interposición labial con un porcentaje del 15.5%.

11. En los hábitos de succión no nutritivos hubo diferencia estadísticamente significativa $p=0.002$ en la succión de biberón y el plano terminal izquierdo, entre el escalón mesial y el escalón distal $p=0.043$, así como el escalón distal y el plano recto $p=0.007$, encontrándose que el escalón distal está relacionado con la succión de biberón con un porcentaje del 11.2%.

7. Recomendaciones

1. Fomentar a las madres mediante charlas educativas la lactancia materna exclusiva, para una adecuada alimentación y protección del niño.
2. Informar a las madres que el tiempo de la lactancia materna exclusiva es hasta los 2 años, pero a partir de los 6 meses debe de estar acompañado de comidas.
3. Informar a las madres que deben de llevar a sus niños al odontólogo para un diagnóstico del tipo y forma del arco dentario adecuado para evitar las maloclusiones.
4. Inculcar a las madres a que si a sus hijos presentan algún hábito de succión no nutritivo, deben de llevarlo al especialista para desaparecer dicho hábito.
5. Hacer estudios para observar que los niños tengan el plano terminal adecuado ya sea el plano recto o el escalón mesial para evitar malposiciones dentarias futuras.
6. Se debe realizar más estudios que muestren la relación que tiene la lactancia Materna con la forma y el tipo de arco dentario.

7. Diagnosticar desde la primera visita del niño pequeño, el tipo de lactancia que posee y educar la madre para que este cual es la alimentación correcta para así llevar a un correcto plano terminal.
8. Diagnosticar si el niño posee algún hábito de succión no nutritivo, que pueda ocasionar deformación al nivel del tipo y forma del arco dentario.
9. Realizar estudios para así encontrar mayor relación entre los hábitos de succión no nutritivos y los planos terminales.

8. Referencias bibliográficas

1. Rodríguez A, Martínez I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Revista médica electrónica. 2011; 33(1).
2. Alemán P, González D, Díaz L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años Revista Cubana de Estomatología 2007; 44(2).
3. Carrasco M, Villena R, Pachas F, Sánchez Y. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbanas marginales de cono norte de lima. Revista estomatológica herediana. 2009; 19(2):83-90.
4. Pipa A, Cuerpo P, López E, Gonzales M, Pipa L, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Revista avance en odontoestomatología. 2001; 27(3); 137-145.
5. Martínez H, Covarrubias G, Martínez R, Treviño G, Rivera G. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. Revista odontológica pediátrica. 2011; 10(1): 22-27.
6. Henríquez M, Palma C, Ahumada D. Lactancia materna y salud oral. Revisión de la literatura. Revista odontología pediátrica. 2010; 18(2): 140-152.
7. Read g, y Núñez M. La relevancia de la lactancia materna. Revista DENTAL TRIBUNE Hispanic & Latín América. 19-21.
8. Costas M, Santos S, Godoy C, Martiell M. Patrones de succión en el recién nacido de termino y pretérmino. Revista chilena de pediatría. 2006; 77(2): 198-212.

9. Moral A, Bolívar I, Seguranyes G, Ustrell J, Sebastia G, Martínez C, Ríos J. Mecánica de la succión: comparación entre la lactancia artificial y la lactancia materna. *Revista matronas profesión*. 2011; 12(1): 9-17.
10. Franco V, Gorritxo B, García F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Revista pediátrica de atención primaria*. 2012; 14: 13-20.
11. Reyes D, Rosales K, Rosello O, García D. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niño de 5 a 11 años. *Policlínica " Rene Vallejo Ortiz". Manzanillo*. 2004-2005. *Revista Acta odontológica venezolana*. 2007; 45(3): 1-14.
12. Furuki K. Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. *Revista "Medicina"*. 2010; 16(1): 25-30.
13. Barboza N, Ispier A, Saliba C, Saliba S, Saliba O, Goncalves P. Amamantamiento y hábitos de succión no nutritivos: un estudio de cohorte. *Revista acta odontológica venezolana*. 2008; 51(3).
14. Goncalves P, Saliba C, Ispier A, Fernades A. Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos: ¿existe una relación causal? *Revista acta odontológica venezolana*. 2007; 45(2): 1-7.
15. Mendoza A, Asbún P, Crespo A, Gonzales S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. *Revista archivos de pediatría del Uruguay*. 2010; 81(3)3: 195-199.
16. Blanco L, Guerra M, Rodríguez S. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la gran caracas. 2007; 45(2): 1-6.

17. Blanco L, Guerra E, Rodríguez S. Lactancia en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. Revista acta odontológica venezolana. 2007; 45(1): 1-4.3
18. Álvarez M, Quiroz K, Chamilco A, Akira C, Luza L, Huanca J, Wieslawa K, Delgado R. Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. Revista odontológica. Sanmarquina 2011; 14(2): 13-16.
19. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009: 17
20. Boj J, Catala M, García C, Mendoza A. Odontopediatria. Editorial Elsevier España. Junio 2014. Pág. 49-50.
21. Águila F. Manual de ortodoncia- teoría y práctica- tomos I y II. Editorial actualizaciones médicas y odontológicas latinoamericanas. Primera edición, año 2000: 1
22. Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Editorial Nau Llibres. 2005. pag. 25-26.
23. Sano S, Strazzeri M, Rodríguez G, Duarte D. Cuaderno de Odontopediatria, ortodoncia en la dentición decidua diagnostico, plan de tratamiento y control. Editorial AMOLCA. 1º edición. 2004. Pág. 48
24. Cárdenas D. Odontología pediátrica. Editorial corporación para investigaciones biológicas. 3ª edición. 2003. Pág. 304.
25. Escobar F. odontología pediátrica. Editorial AMOLCA. 1º edición. 2004. Pág. 452.
26. Pinkham J, Casamassino P, Fields H, Mc Tigue D, Nowak A. Odontología pediátrica. Editorial interamericana. McGraw-Hill. 2º edición. 1996. Pág. 275- 375.

27. Ustrell J. manual de ortodoncia. Editorial de la universidad de Barcelona. 2011. Pág. 213.
28. González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2012
29. Paredes K. Valdivieso M. lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. Revista odontológica pediátrica. 2008; 7(2): 27-33.
30. Campos H. el destete y la capacidad de estar solo. Revista peruana de de pediatria. 2006: 45-50.
31. Mata E, Duran A. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones. Revista gaceta dental. 2011; 221: 132-139.
32. Áyela R. lactancia materna. Editorial EDUCA.pag: 23-24
33. Benítez, I, calvo I, Quirós o, Maza P, Jurisic, A; Alcedo c; Fuenmayor D. "Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales." revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria. 2009: 1-18.
34. Mata E, Duran A. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones. Revista gaceta dental. 2011; 221: 132-139.
35. Henríquez M, Palma C, Ahumada D. Lactancia materna y salud oral. Revisión de la literatura. Revista odontología pediátrica. 2010; 18(2): 140-152

9. ANEXOS

ANEXO N°1

Lima 15 de Abril del 2014

Señor:

Dr. Víctor Pizarro Serván

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

Presente-

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me es grato saludarlo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Que en mi condición de Bachiller en Estomatología, egresado de la Universidad Alas Peruanas y teniendo el proyecto de tesis “Efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2014” el cual deseo llevar a cabo en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, acudo a sus despacho para realizar las coordinaciones previas para poder llevar a cabo el desarrollo del proyecto indicado.

Agradeciendo de antemano por la atención prestada a la presente queda ante Ud.

Atentamente

Carolina Mercedes Castro Rodríguez

DNI: 45887408

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N° padre, madre y/o apoderado del niño (a) , atendido en el servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, autorizo a la Srta. Carolina Mercedes Castro Rodríguez, bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas para realizar el examen clínico intraoral odontológico de mi menor hijo, cuyos datos serán de carácter confidencial y únicamente utilizados con finalidad científica, el cual será realizado del mes de octubre al mes de noviembre del 2014 en dicha institución.

Lima,..... del 2015.

FIRMA.....

DNI.....

FICHA DE RECOLECCION

Nombres y apellidos del niño:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Procedencia:

Sexo:

• **Tipo de lactancia:**

Materna exclusiva

Artificial exclusiva

Mixta

• **Tiempo de lactancia total**

0 a 3 meses

3 a 6 meses

6 a 12 meses

12 a 24 meses

mayor de 24 meses

• **Hábitos de succión:**

No presenta

si presenta

Tipo:

Succión digital

succión de biberón

Interposición labial

Presenta

Presenta

Presenta

No presenta

no presenta

no presenta

SUCCIÓN DIGITAL

Frecuencia:

1 a 2 veces al día 2 a 4 veces al día 4 a 6 veces al día

Mayor de 6 veces al día

Duración:

1 a 5 minutos

5 a 10 minutos

10 a 20 minutos

mayor de 20 minutos

SUCCIÓN DE BIBERÓN

Frecuencia:

1 a 2 veces al día 2 a 4 veces al día 4 a 6 veces al día

Mayor de 6 veces al día

Duración:

1 a 5 minutos

5 a 10 minutos

10 a 20 minutos

mayor de 20 minutos

INTERPOSICIÓN LABIAL

Frecuencia:

1 a 2 veces al día 2 a 4 veces al día 4 a 6 veces al día

Mayor de 6 veces al día

Duración:

1 a 5 minutos

5 a 10 minutos

10 a 20 minutos

mayor de 20 minutos

EXAMEN CLINICO:

PLANOS TERMINALES	Derecha	Izquierda
Escalón mesial		
Escalón distal		
Plano recto		

ARCO DENTARIO

TIPO	
Arco Baume tipo I	
Arco Baume tipo II	
Arco Baume mixto	

FORMA	Superior	Inferior
Ovoide		
Triangular		
Cuadrado		

Anexo N°4

Figura 1: Consultorios del servicio de Pediatría.



Figura 2: Sala de espera del Servicio de Pediatría



Figura 3: Entrevista a las madres de familia



Figura 4: observación clínica de los niños



Figura 5: Observación clínica de la forma del arco inferior



Figura 6: Observación clínica de la forma del arco superior

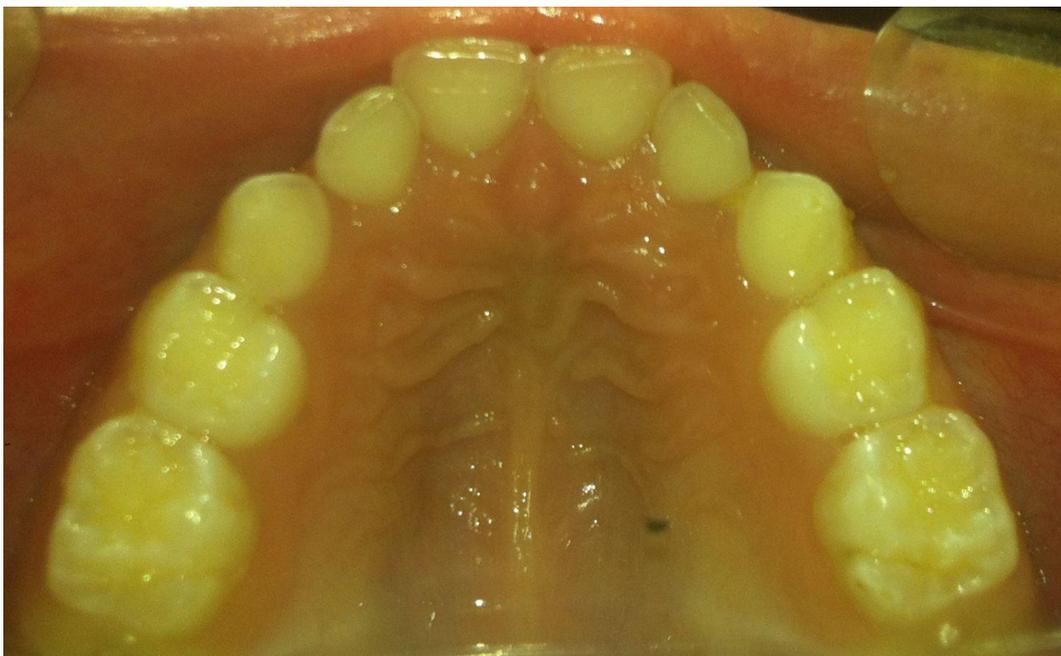


Figura 7: Observación clínica del plano terminal derecho



Figura 8: Observación clínica del plano terminal izquierdo



Figura 9: Observación del tipo de arco dentario



10. Glosario

- **Planos terminales:** Relación oclusal posterior entre las segundas molares deciduas.
- **Escalón mesial:** La superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior
- **Escalón distal:** La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores
- **Plano terminal recto:** La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada
- **Lactancia:** Alimentación del niño durante los primeros tiempos de su vida.
- **Lactancia materna exclusiva:** Amamantamiento únicamente del pecho materno desde el nacimiento hasta mínimo los 3 primeros meses de edad.
- **Lactancia artificial exclusiva:** Amamantamiento exclusivamente con biberón durante los primeros 3 meses.
- **Lactancia mixta:** Cuando a la toma del pecho se le adiciona una leche artificial.
- **Hábitos de succión no nutritivos:** Costumbres adquiridas por la repetición de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad.
- **Succión digital:** Acto que consiste en succionar el dedo el dedo.

- **Succión de chupón:** Acto que consiste en succionar la tetilla del biberón o el chupón.

- **Interposición labial:** Acto que consiste en succionar el labio, ya sea el superior o inferior.

- **Arco dentario:** Arco circunferencial en donde se encuentran las piezas dentarias.