



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LACTANCIA MATERNA EN LA PREVENCIÓN DE
HÁBITOS PERNICIOSOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

WELZY PAULINA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

TUTORA: Esp. ALBA ESTELA BASURTO CALVA

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco a Dios por la dicha de vivir y permitirme estar cumpliendo un sueño más a lado de las personas más importantes de mi vida. Gracias por las experiencias vividas, las enseñanzas y sobre todo las grandes personas que eh conocido durante este camino.

Un inmenso agradecimiento a mi padre, Armando Ramírez Espinoza que con su gran ejemplo de vida, ha sido pieza fundamental para que pudiera lograr concluir mis estudios universitarios. Gracias por tantas enseñanzas, tanto cariño, paciencia, apoyo y amor infinito.

¡Te amo papá!

A mi madre, Araceli Hernández Ramírez, que siempre ha estado presente y pendiente de todo lo que hago, gracias por tanto, porque de no haber sido por ti, no estaría donde estoy ahora.

¡Gracias mamá, te amo!

A mis preciosas y magnificas hermanas, Iris y Pamela, mis cómplices y compañeras de vida. Gracias por todos esos momentos juntas, por estar ahí y motivarme cada día, este logro también es por ustedes.

Son y serán siempre mis personas favoritas en el mundo.

¡Las amo!

A mi amado esposo David, gracias por todo tu amor y cariño; por ser un gran hombre y mi compañero para toda la vida. Gracias por esos momentos especiales que hemos compartido. Conocerme fue y será lo mejor que pudo haberme pasado en la vida.

¡Te amo mi amor, y siempre lo haré!

A las Dras. Alba Basurto y María Elena Nieto por su paciencia y dedicación en la realización de este trabajo. Gracias por compartirme tanto conocimiento.

A mi gloriosa UNAM, a la Facultad de Odontología por ser mi hogar por más de 5 años y darme el honor de pertenecer a la máxima casa de estudios, mi alma mater.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	5
CAPÍTULO 1 LACTANCIA MATERNA.....	6
1.1 Definición y características.....	6
1.2 Amamantamiento óptimo.....	10
1.3 Ventajas.....	13
1.4 Desventajas.....	18
CAPÍTULO 2 LACTANCIA ARTIFICIAL.....	20
2.1 Definición y características.....	20
2.2 Ventajas.....	22
2.3 Desventajas.....	23
CAPÍTULO 3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.....	24
CAPÍTULO 4 HÁBITOS.....	27
4.1 Definición y características.....	27
4.2 Hábitos fisiológicos.....	28
4.3 Hábitos no fisiológicos.....	28

CAPÍTULO 5 Hábitos no fisiológicos/perniciosos...29

5.1	Respiración bucal.....	32
5.2	Deglución atípica.....	34
5.3	Succión digital.....	36
5.4	Succión de chupón.....	38
5.5	Succión labial.....	40
5.6	Bruxismo.....	41
5.7	Mordida abierta.....	42
5.8	Onicofagia.....	43

CONCLUSIONES.....45

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....46

INTRODUCCIÓN

En esta revisión documental se abordará la lactancia materna y la importancia que tiene el llevarla a cabo al menos los primeros seis meses de vida. Así como su papel para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales.

Se mencionan definiciones de hábitos orales perniciosos y se describe la lactancia la cuál puede ayudar a evitarlos o disminuirlos, de igual manera se destaca el riesgo de que alguno genere una maloclusión.

Se determinan los beneficios de la lactancia materna sobre el desarrollo de las diferentes estructuras que conforman el aparato estomatognático y su importancia en la prevención de hábitos deformantes en el complejo dentomaxilofacial.

El presente trabajo da cuenta de los beneficios que tiene la lactancia materna y que el Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de orientar a sus pacientes al respecto, con la finalidad de evitar problemas de maloclusión entre otros factores de riesgo.

OBJETIVO

Describir los beneficios y la importancia de la lactancia materna, así como los factores de riesgo de no realizarla.

CAPÍTULO 1 LACTANCIA MATERNA

1.1 Definición y características

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”. 1, 2, 3, 4, 5 Fig. 1

Proporciona los nutrientes necesarios para los primeros 6 meses de vida; la mitad de las necesidades nutricionales de la segunda mitad del primer año y hasta un tercio de las necesidades del segundo año. 1, 2, 3, 4, 5 Fig. 2



Fig. 1 Recomendaciones de la OMS 6



Fig. 2 OMS/Unicef 7

Durante el primer año de edad se da el mayor periodo de crecimiento y desarrollo en la vida del niño, por lo tanto las demandas nutricionales son mayores. La leche materna está libre de contaminación y es perfectamente adaptada al metabolismo del niño. 1, 5, 8, 9, 10, 11

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida. Se debe iniciar la lactancia en la primera hora de vida, dar a libre demanda cuando el niño lo pida, de día y de noche. ^{12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}
Fig. 3

Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye al 80% después del sexto mes, motivo por el cual se recomienda el inicio de la alimentación complementaria al sexto mes y mantenerla al menos los dos primeros años. ^{12, 13, 14, 15, 16}

La lactancia materna, es un alimento con características únicas que permite a la madre transmitir mecanismos de defensa al recién nacido que lo protegerá contra las infecciones durante los primeros años de vida (inmunoprotectores), efecto antiinflamatorio, favorece el desarrollo sensorial y cognitivo (neurodesarrollo) por lo que obtienen mejores resultados en pruebas de inteligencia. Es un factor determinante en la salud infantil, materna y para el desarrollo facial del bebé, siendo la medida más eficaz y menos costosa para evitar la desnutrición. ^{20, 21, 22, 23, 24, 25} Fig. 4



Fig. 3 Lactancia a libre demanda ²¹

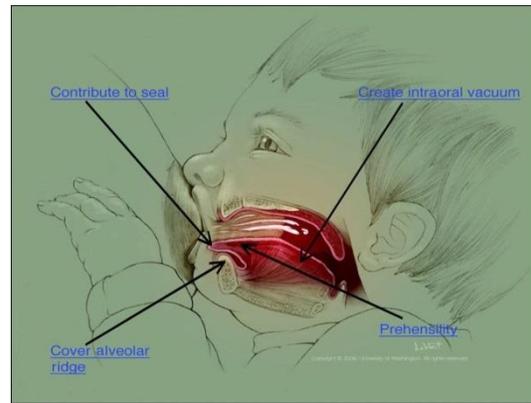


Fig. 4 Lactancia y desarrollo facial ²⁶

Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral como son:

- Respiración
- Deglución
- Succión
- Masticación
- Fonación ²⁷

Estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara, por ello el tipo de lactancia así como el desarrollo de algún hábito pernicioso influirá sobre la morfología del maxilar y mandíbula, al igual que de la oclusión dentaria. ^{25, 28, 29} Fig. 5

En un artículo escrito por Guerra ME, se destaca la relevancia odontológica entre la lactancia y el desarrollo del sistema estomatognático; la importancia de la función muscular mediada por el acto de lactar la cual es la responsable del desarrollo y maduración adecuada del macizo cráneo-facial. ^{31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38}

También menciona que no es frecuente encontrar información referente a la fisiología de la succión y deglución durante la lactancia. ^{34, 37, 39, 40, 41, 42} Fig. 6



Fig. 5 Adquisición de algún hábito pernicioso ³⁰



Fig. 6 Fisiología de la succión ³⁰

En diversos artículos se plantea el efecto de la lactancia materna sobre el aparato bucal y sus funciones, así como los hábitos perniciosos, alteraciones bucodentomaxilofaciales asociadas a la deficiencia o prolongación de lactancia, los beneficios que ofrece la alimentación natural en la salud bucodental del infante. ^{36, 37, 29, 41, 43, 44}

Varios autores coinciden que la falta de función altera la forma, y la relacionan a la alta prevalencia de desequilibrio muscular y a la adquisición de hábitos perniciosos en niños que no recibieron una lactancia óptima, así como una lactancia prolongada o deficiente. ^{36, 37, 41, 43, 44, 45, 46} Fig. 7

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades alimentarias del niño cambian. Se empiezan a introducir alimentos sólidos como papillas, para el complemento de la leche materna que pueden elaborarse a partir del menú del resto de la familia. Fig. 8

La OMS destaca que:

- los alimentos complementarios no deben administrarse con biberón
- los alimentos deben ser apropiados y frescos
- los niños pequeños necesitan tiempo para aprender a comer alimentos sólidos ^{12, 13, 14, 15, 16}



Fig. 7 Lactancia optima ⁴⁷



Fig. 8 Alimentación complementaria ⁴⁸

1.2 Amamantamiento óptimo

Algunos autores mencionan que a las 16 semanas el feto genera espontáneamente el acto de succionar, incluso a las 27 semanas de vida intrauterina algunos chupan su dedo, es por ello que la boca del recién nacido está adaptada para el amamantamiento, los labios presentan una prominencia, las crestas alveolares unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de Robín Magitot. ^{14, 15, 16, 17, 39} Fig. 9

El amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente que reparte estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos, articulación temporomandibular importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático. ^{1, 2, 11, 26, 28}

Además constituye el principal factor para iniciar la posición adelantada de la mandíbula respecto al maxilar, llamado también “*primer avance fisiológico de la oclusión*”, ya que en cada succión se producen impulsos para su crecimiento adecuado. ^{33, 34, 35, 36, 37, 38} Fig. 10



Fig. 9 Succón digital durante vida intrauterina ⁴⁹

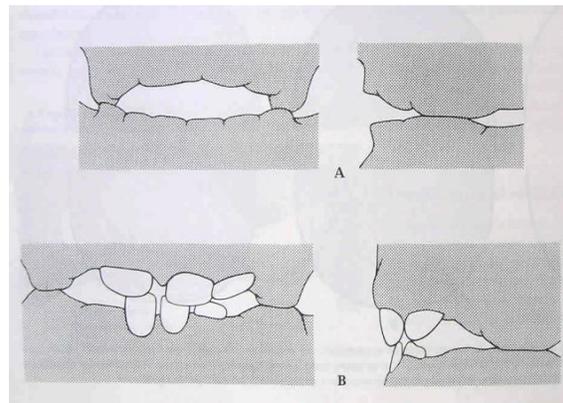


Fig. 10 Primer avance fisiológico de la oclusión ⁵⁰

La succión y la deglución, son los dos mecanismos necesarios para la alimentación del niño, ambos están presentes en el amamantamiento, esta demanda la realización de variados y coordinados movimientos conformando la *“unidad vital del acto de amamantamiento”*, en el que intervienen para la succión, los labios, lengua, carrillos, paladar blando, mandíbula y para la deglución, la faringe, laringe, hueso hioides y piso de boca, interviniendo una diversidad de músculos de la cara, cuello y espalda. Toda esta dinámica produce estímulos funcionales para un armonioso desarrollo del órgano bucal. ^{33, 34, 35, 36, 37, 38} Fig. 11

El enérgico trabajo muscular para realizar la extracción de la leche tendrá un impacto directo o indirecto respecto al crecimiento de los huesos, donde se insertan dichos músculos. Frecuentemente este esfuerzo hace que el niño se duerma en un descanso reparador. ^{12, 28, 39} Fig. 12

Existirá una maduración neurofuncional adecuada y de ella dependerá el crecimiento anteroposterior y transversal del maxilar y la mandíbula, por consiguiente el buen desarrollo de todo el macizo facial. De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. ^{34, 35, 36, 37, 38, 39}

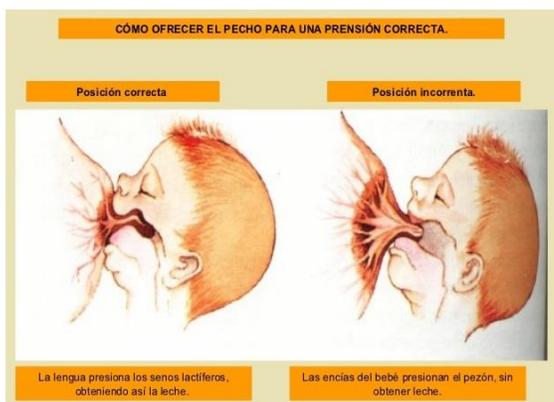


Fig. 11 Unidad vital del acto del amamantamiento ⁵¹

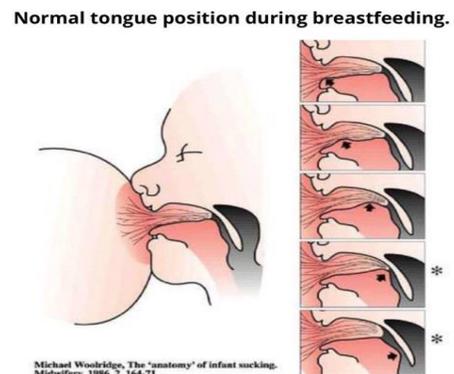


Fig. 12 La lengua en la extracción de la leche ⁵²

Durante el amamantamiento se logra la ejercitación de los músculos masticadores y faciales, se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido. ^{35, 36, 37, 38, 39}

Lee, M.A. menciona que al lactar disminuye el 50% de cada uno de los indicadores de maloclusiones dentarias (apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera) que afectan la estética y la función dentofacial. Ortega menciona además que disminuirá la prevalencia de hábitos parafuncionales y dará un apropiado desarrollo de los maxilares. ^{28, 35, 41, 42, 53}

En la literatura odontológica se menciona la relación existente entre la falta de amamantamiento y la presencia de maloclusiones dentarias, o la introducción de hábitos bucales deformantes, que constituyen factores condicionantes en la aparición de esta patología. ^{31, 35, 36, 45, 46}

Se afirma que la lactancia favorece el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil previniendo alteraciones dentomaxilofaciales. ^{29, 34, 36, 37}

Así mismo se destaca la importancia del amamantamiento en la maduración y preparación muscular para una óptima función masticatoria. ^{31, 32, 33, 38}

1.3 Ventajas de la lactancia materna

Actualmente se reconocen ampliamente los beneficios nutricionales que proporciona la alimentación por seno materno, los beneficios inmunológicos, fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que proporciona al bebé y a la madre. Hay que destacar que puede prevenir alteraciones dentomaxilares y dentofaciales. ^{19, 25, 28, 36, 44} Fig. 13

Evita infecciones por contaminación: uso de agua insalubre, de material no esterilizado, o presencia de bacterias en la preparación en polvo, errores de preparación: exceso de dilución (malnutrición) o de concentración (diarrea). ^{10, 13, 37, 55}



Fig. 13. Beneficios de la lactancia materna (OMS). ⁵⁴

La lactancia materna es un acto con mucha carga emocional, cuando el bebé es amamantado con dedicación estará tranquilo, seguro y feliz. Se logra fortalecer la relación madre-hijo. ^{10, 11, 13, 14, 25}

La ventaja psicológica que proporciona este acto evitará la utilización por parte del bebé o de su madre de otras opciones (dedo, chupón) para eliminar el deseo de succión no nutritiva que caracteriza la primera etapa del amamantamiento. ^{25, 37, 39, 41, 44}

Por lo tanto, el desarrollo del cerebro humano depende también del trato que el bebé haya recibido. Entre más tiempo de lactancia materna, más probable es que la madre responda con mayor sensibilidad a las necesidades de su hijo y que el bebé establezca una relación de apego seguro con su madre. ^{13, 14, 16, 25}

Los adultos que han disfrutado de una relación de apego seguro con su madre son personas más cálidas, más estables desde el punto de vista emocional, con relaciones íntimas más satisfactorias, más positivas, más integradas socialmente, se siente capaz y querido, tienen perspectivas coherentes de sí mismos. Una relación de apego seguro les aporta las armas emocionales adecuadas para una buena adaptación y relación social. ^{13, 25, 37, 39}

La lactancia tiene una gran implicación en el neurodesarrollo; los puntos focales determinan el tipo, la variedad y las interacciones de los nutrientes de la leche de sus madres. Los puntos focales del ser humano son el crecimiento del cerebro, la adquisición de un comportamiento afectivo o de relación y el sistema inmune. ^{37, 39}

Se nace sólo con el 25% de desarrollo cerebral, el 75% restante tiene lugar en los dos primeros años de vida; consiste en la mielinización y formación de innumerables sinapsis. La leche materna contiene ácidos grasos esenciales poli-insaturados de cadena larga ω -6 y ω -3 en abundancia y en una proporción de 2:1, exactamente la misma que se encuentra en las membranas celulares de las neuronas; que sus oligosacáridos transportan ácido siálico, que el lactante no puede sintetizar y que es parte integral de la

membrana plasmática de axones y dendritas; su alto contenido en lactosa permite la síntesis de los galactolípidos necesarios para la mielinización. ^{37, 39}

Fig. 14

Con el objeto de estudiar la relación entre la duración de lactancia materna (LM) y el nivel cognitivo, Belfort y Cols diseñaron un estudio en el que analizan a más de mil niños. A los 3 años les pasaron un test que correlaciona la comprensión verbal con el cociente intelectual: el test de vocabulario de imágenes de Peabody y un test de capacidades motoras visuales; y a los 7 años los test de inteligencia de Kaufman verbal y no verbal, un test de memoria y aprendizaje. Encuentran que hay una relación estadísticamente significativa entre el número de meses de lactancia materna (ya sea exclusiva o mixta) y el coeficiente obtenido en los test. ^{3, 5, 12, 13}

También refuerza y mantiene el circuito de respiración nasal, dado que el niño al succionar respira por la nariz al tener su boca ocupada con el seno materno disminuyendo así la frecuencia de respiración bucal, lo cual también favorecerá el desarrollo del tercio medio facial y senos maxilares. ^{37, 39, 42, 57}

Fig. 15

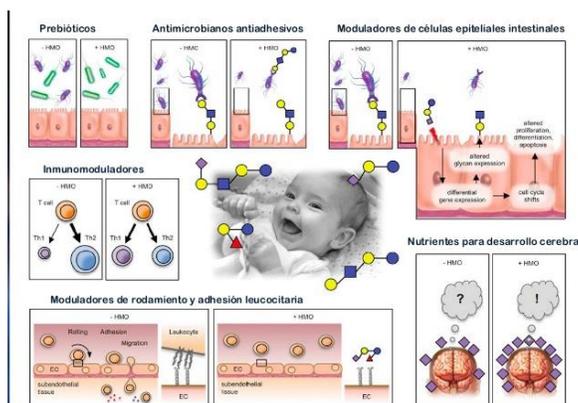


Fig. 14 Composición y beneficios de la leche materna⁵⁶



Fig. 15 Posición del amamantamiento favorece la respiración ⁵⁸

El simple esfuerzo físico realizado por los bebés cuando están siendo amamantados puede dejarlos con pulmones más fuertes para la infancia, sugiere un estudio realizado por investigadores estadounidenses y británicos. ^{39, 42, 57, 59}

El estudio realizado con niños de 10 años de edad, descubrió que aquellos que habían sido amamantados durante al menos cuatro meses tenían un mejor funcionamiento del pulmón y se ha probado que amamantar protege a los bebés de problemas respiratorios al inicio de la vida, pero la relación con la fuerza del pulmón durante la infancia era menos clara. ^{39, 57, 59}

Estudios anteriores sugieren que las sustancias presentes en la leche materna pueden proteger contra el asma. ^{36, 39, 42, 59}

Syed Arshad, de la Universidad de Southampton, señala que la explicación puede estar en el esfuerzo físico necesario para extraer leche del pecho. Según el investigador, el esfuerzo que los bebés necesitaban hacer para succionar del pecho era tres veces mayor que el esfuerzo realizado con el biberón, además de que las sesiones naturales duraban mucho más. “Lo que nosotros estamos haciendo es bien parecido con el tipo de ejercicios que sugerimos para rehabilitación pulmonar en pacientes geriátricos”, señaló Arshad. “Y no conozco ningún otro estudio sugiriendo eso”, completó. ⁵⁹

Ingerir leche materna requiere que el bebé mueva la mandíbula y la lengua de diferentes formas, lo que ayuda a desarrollar la cavidad oral. La mecánica de la lactancia materna estimula el tono muscular en la mandíbula, en general provoca excitación de la musculatura bucal y favorece el crecimiento armonioso de huesos y cartílagos del aparato masticatorio; favoreciendo el correcto posicionamiento de las arcadas dentarias y con ello una buena oclusión. ^{34, 36, 37, 38}

Durante la succión es necesario morder, avanzar y retruir la mandíbula por lo que se estimula neuromuscularmente y va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesario para ser utilizados a la llegada de la primera dentición. ^{25, 29, 32, 37}

El movimiento protrusivo y retrusivo excita, al mismo tiempo, las partes posteriores de los meniscos y partes superiores de la articulación temporomandibular, se obtiene el crecimiento postero-anterior de las ramas mandibulares y la remodelación del ángulo mandibular. ^{34, 35, 36, 38}

Por otro lado contribuye a la prevención de caries dental, apiñamientos, mordidas abiertas y una deglución óptima al tener un buen desarrollo del tercio medio facial. Los beneficios que tiene la lactancia materna sobre la salud, se prolongan hasta la edad adulta. ^{9, 27, 29, 42}

1.4 Desventajas de la lactancia materna

Cuando la alimentación a través del seno materno no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca provocando hábitos que son causa de maloclusiones. ^{44, 45, 46, 59} Fig. 16

Desventajas por deficiencia de lactancia

Cuando la interrupción del amamantamiento sucede antes de los 6 meses, al lactante no se le permitirá desarrollar el complejo dentomaxilofacial en condiciones óptimas. Por lo tanto el bebé presentará poco desarrollo muscular y óseo del hueso maxilar superior e inferior así como de las estructuras anatómicas de la base del cráneo. ^{59, 61, 62, 63, 64}

Del Monte en un estudio demostró que la presencia de micrognátismo transversal de los arcos dentarios coincide con un periodo de lactancia menor a 6 meses. Además de poder adquirir un hábito pernicioso como la succión digital o de chupón. ^{59, 62, 63, 64, 65} Fig. 17



Fig. 16 Mordida abierta por hábito pernicioso ⁶⁰



Fig. 17 Hábito por deficiencia de lactancia ⁶⁶

Desventajas por lactancia prolongada

Se entiende por lactancia materna prolongada aquella cuya duración supera los 2 años de edad. Esta definición se basa en las recomendaciones de la OMS de alimentar exclusivamente con leche materna al bebé hasta los 6 meses y continuar con la lactancia, además de los alimentos complementarios al menos hasta los 2 años de edad. ^{12, 14, 17, 37} Fig. 18. A

El amamantamiento prolongado trae consigo severas repercusiones en el área orofacial, entre ellas las deformaciones de los maxilares, alta incidencia de caries, mordida abierta, proclinación de dientes superiores y maloclusiones dentales en general. ^{42, 46, 64, 67} Fig. 18. B



Fig. 18.A Lactancia hasta los 2 años de edad ⁶⁶



Fig. 18.B Lactancia prolongada ⁶⁶

CAPÍTULO 2 LACTANCIA ARTIFICIAL

2.1 Definición y características

Es aquella en la que el lactante recibe sustitutos de la leche materna para complementar o reemplazar la lactancia materna. En la lactancia artificial se utilizan preparados y fórmulas elaborados industrialmente a partir de la leche bovina. ^{36, 64, 68, 69}

Cuando no sea posible la lactancia materna el pediatra recomendará el tipo de fórmula que precisa el bebé y en qué cantidades. Se recomienda no iniciar el uso del biberón antes de los 15 días de vida, restringirlo a los 8 meses y suprimirlo al año. ^{59, 69, 70, 71}

Existen dos tipos de fórmulas de lactancia artificial:

- Fórmula de iniciación (1): cubre las necesidades del bebé generalmente hasta el 6º mes de vida
- Fórmula de continuación (2): va desde los 6 meses hasta el año y en algunos casos el pediatra la prolonga hasta los 2-3 años. La fórmula de continuación constituye el componente lácteo de una alimentación ya diversificada, en la que se van introduciendo otros alimentos. ^{44, 59, 64, 71}

Es importante conocer los tipos de chupón que se encuentran en el mercado y es esencial usar los diferentes tamaños para poder ir a la par con el rápido crecimiento de la cavidad bucal y la mandíbula, especialmente durante el primer año de vida. ^{42, 64, 69, 70} Fig. 19. A

- a) Chupón redondo: Puede inhibir el desarrollo anatómico y fisiológico de la boca, o puede empujar la lengua hacia una dirección no deseada. Su uso se ha asociado a una incompetencia labial.

- b) Chupón plano: Ofrece un movimiento fisiológico de la lengua que puede promover el cierre completo de los labios. Fig. 19.B
- c) Cupón ortodóncico: Los doctores W. Balters y A. Müller lo desarrollaron con una forma adaptada a la mandíbula, indicado para un adecuado desarrollo de la misma. Es una medida profiláctica y de apoyo para el desarrollo fisiológico de la mandíbula y la cavidad oral. 32, 38, 46, 50, 54, 55, 56



Fig. 19. A Biberones, marca NUK ⁷²



Fig. 19. B Chupón plano, marca NUK ⁷²

2.2 Ventajas de la lactancia artificial

Cuando es imposible dar leche materna se opta por la utilización de fórmulas infantiles, que presentan una composición más indicada a las necesidades del lactante, muchas veces la leche bovina es el sustituyo más utilizado ya que al igual que la leche materna tiene bajo potencial cariogénico. ^{36, 64, 68, 69}
Fig. 20

Los chupones para niños de 0 a 4 meses de edad tiene una forma que se asemeja al pezón de la madre, lo que hace que él bebé sienta cierta satisfacción emocional cuando esta con este chupón. ^{36, 64, 68, 69}

Para la edad de 4 a 5 meses los chupones están diseñados con una base delgada que sirve para que los bebés puedan cerrar los labios de manera natural y estimular la respiración nasal. Para niños con 8 meses la base del chupón es delgada, tiene una superficie irregular que estimula el movimiento de la lengua, colaborando en el desarrollo del lenguaje. ^{36, 68, 69, 70}



Fig. 20 Alimentación artificial ⁷³

2.3 Desventajas de la lactancia artificial

Con el biberón a través de la lactancia artificial el crecimiento es menor, los maxilares presentan menor desarrollo y condicionan a falta de espacio en las arcadas dentarias, puesto que el biberón hace que el niño no cierre los labios con fuerza y éstos adoptan forma de "O", provocando que no se produzca vacío bucal, dificultando con ello 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. ^{19, 69, 71}

Presenta 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. ^{42, 63, 69, 71}

Los niños que hasta edades avanzadas utilizan biberón, generalmente son respiradores bucales, presentan mordidas abiertas anteriores y resequeza en la mucosa. Cortez en un estudio demuestra que los niños que tuvieron lactancia artificial presentan hábitos perniciosos siendo una diferencia significativa en comparación con la lactancia materna. ^{35, 68, 69, 71}

El uso del biberón con sustancias azucaradas como la miel o el zumo, muy recurrente para calmar al niño, provocan caries por alimentación temprana que consiste en la aparición de múltiples lesiones cariosas en los dientes temporales. ^{69, 71, 74, 75} Fig. 21



Fig. 21 Caries por alimentación temprana ⁷⁶

CAPÍTULO 3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

En el concepto de Educación para la Salud confluye la educación, como posibilidad para construir un nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida. ⁷⁷

La odontología preventiva tiene como finalidad interponer barreras que interfieran en el desarrollo de las enfermedades bucodentales. ⁷⁷

La lactancia materna es uno de los pilares fundamentales de la promoción de la salud y la prevención de numerosas enfermedades. ^{1, 5, 10, 11}

Por lo cual su protección, promoción y apoyo es una prioridad para la educación para la salud, ya que sólo el 82% de las madres deciden amamantar a sus hijos. Del 1 al 7 de agosto se celebra la semana mundial de la lactancia materna para concientizar y difundir sobre los beneficios de amamantar. ^{11, 17, 39, 78} Fig. 22



Fig. 22 Semana de la lactancia materna ⁷⁹

Cada día es más común el abandono progresivo de este tipo de alimentación. Algunas de las causas por las que se ha producido una disminución de la lactancia materna son: conceptos erróneos que mencionan que la lactancia es una función biológica en regresión de los seres humanos,

que la lactancia artificial es más cómoda y se obtienen mejores resultados; incluso también cuando la supervivencia del bebé no está comprometida por la falta de alimento, la elección del tipo de lactancia parece un tema de poca importancia. ^{36, 39, 74, 78}

Por ello, es indispensable que el profesional de la salud del área odontológica, pediátrica y medicina general conozca sobre el tema y sea capaz de proporcionar información adecuada de dicha práctica alimenticia a las madres que desean lactar, conozcan las ventajas de la lactancia materna, identificando que la interrupción prematura de ésta influye en los hábitos no fisiológicos que pueda presentar el paciente, y que asimismo la lactancia prolongada repercute en la salud bucal del niño. ^{20, 29, 36, 43}

Es importante destacar en este trabajo el código internacional (1981) que regula la comercialización de la leche artificial.

- Las etiquetas deben dejar claros los beneficios de la lactancia materna y los riesgos para la salud que conllevan los sucedáneos
- No deben promoverse los sucedáneos de la leche materna
- No se ofrezcan muestras gratuitas a las embarazadas, a las madres ni a las familias
- No se distribuya gratuitamente entre trabajadores de los centros sanitarios

78

Desde edades muy tempranas hay que prestar atención especial para lograr el empleo de medidas preventivas con las futuras madres, para evitar la aparición de enfermedades bucodentales de ahí la importancia de la lactancia materna, siendo este un rol fundamental del sector salud y en especial la Atención Primaria y el estomatólogo general integral. ^{2, 5, 13, 16}

El amamantamiento como modo de alimentación y la eliminación del biberón es un factor preventivo para las enfermedades de la infancia, por tanto para la salud pública amamantar debe ser una efectiva estrategia en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. ²

Algunas acciones de la educación para la salud es adoptar técnicas educativas más eficaces para lograr los cambios positivos sobre la realización de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda. ^{1, 2, 5}

En algunos países la incapacidad por maternidad es menor a 6 meses por lo cual la lactancia materna se ve interrumpida, por lo tanto se han sugerido leyes que protejan dicha actividad, aumentando el tiempo de incapacidad ó bien ofreciendo instalaciones adecuadas para amamantar a los infantes. ^{43, 59,}

78

López y Cols (2006) mencionan que cuando el amamantamiento se ve frustrado, favorece la aparición de hábitos perniciosos, el desarrollo de anomalías y se pierde el vínculo emocional madre-hijo. ³¹

Es importante que las madres sepan y realicen una adecuada higienización posterior al amamantamiento, ya que la exposición prolongada de leche asociada a la disminución de saliva, durante el sueño perjudica el proceso de desmineralización del esmalte aumentando con esto el poder cariogénico. ^{36,}

44, 71, 79

4.2 Hábitos fisiológicos

Hábitos Fisiológicos: Aquellos que nacen con el individuo y ayudan a un buen desarrollo y crecimiento (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal).^{31, 35, 36, 70} Fig. 25 A

4.3 Hábitos no fisiológicos, perniciosos

Hábitos no fisiológicos / perniciosos: Aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, los cuales pueden conducir al desarrollo de una maloclusión si persiste por un periodo prolongado de tiempo; entre los cuales se encuentran la succión digital, deglución atípica y respiración bucal.^{31, 36, 46, 70} Fig. 25. B



Fig. 25. A Respiracion, funcion fisiologica⁸²



Fig. 25. B Respiración bucal⁸³

CAPÍTULO 5 HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS/PERNICIOSOS

Los hábitos bucales deformantes son comportamientos parafuncionales están presentes en más de la mitad de los individuos. Cuando la actividad excede la tolerancia fisiológica individual, se presenta una alteración y puede ocurrir un daño a nivel dental, muscular o articular. ^{44, 67, 70, 79}

Diferentes estudios muestran como los hábitos orales tienen un origen multicausal, que pueden estar asociados a factores primarios que se consideran reacciones automáticas que pueden manifestarse en determinados momentos alterando el comportamiento normal, como por ejemplo situaciones de estrés, frustración y otros, pero también factores secundarios, cuando se presentan dificultades con el entorno: Intrafamiliar o escolar. ^{35, 36, 45}

Los hábitos orales son eventos que constituyen unas de las principales causas de las alteraciones producidas en los órganos y musculatura orofacial, además comprometen en diferente grado procesos fisiológicos básicos como respiración, masticación, deglución, succión, articulación y fonación. ^{27, 31, 36, 46}

En 1995, Josell propuso una clasificación de los hábitos orales dividiéndolos en 3 grupos:

1. Tipo nervioso, como mordisqueo de labio o carrillo, empuje lingual, deglución atípica, onicofagia.
2. Hábitos profesionales, sostener objetos con la boca.
3. Hábitos ocasionales, cigarro o pipa, masticación de tabaco, cepillado inadecuado, succión de dedo o de labio. ^{29, 35, 70}

Siendo la succión del chupón, la lengua protráctil y la succión del pulgar los más representativos. Aunque cabe mencionar que un estudio en México en el año 2009 se encontró una incidencia de un 35% en el hábito de onicofagia, seguido por la succión digital en un 8.5% y succión labial en un 8%.^{2, 44, 68, 70, 74} Fig. 26, Fig.27



Fig. 26 Hábito de succión de dedo⁸⁴



Fig. 27 Onicofagia⁸⁵

La succión del dedo es el más difícil de eliminar ya que el niño está ante esta “tentación” las 24 horas del día. Suspender un hábito requiere la cooperación del paciente y su madurez para entender las consecuencias de este hábito.^{36, 42, 44, 59, 64, 68}

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones y deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.^{42, 67, 71, 79}

Los hábitos orales pueden incidir en el normal desarrollo alveolares y craneofacial, alterando los patrones de crecimiento óseo y ocasionando mordidas abiertas anteriores y laterales o protrusiones dentarias, protrusiones dentoalveolares y alteraciones en la erupción de uno o varios dientes.^{44, 46, 67, 71}

Se destaca una asociación estadística significativa entre la presencia de hábitos parafuncionales especialmente de succión y deglución, con un periodo de lactancia menor a 6 meses. ^{43, 59, 64, 79} Fig. 28, Fig 29.



Fig. 28 Succión digital ⁸⁶



Fig. 29 Maloclusiones causadas por hábito ⁸⁷

5.1 Respiración bucal

Es aquella respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz; se trata de una alteración de la función respiratoria o disfunción que rompe el equilibrio funcional. ^{36, 57, 88}

Es un hábito muy común y de mayor trascendencia en pacientes en edad de desarrollo, la respiración es hecha por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire. Normalmente la respiración bucal está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio, incluso puede darse cuando existen razones obstructivas o restrictivas en el sistema respiratorio; sin embargo, se dice que una lactancia materna prolongada disminuye el riesgo de desarrollar este trastorno, incluso una obstrucción nasal ya sea por desviación del tabique nasal o en este caso por una postura inadecuada durante el amamantamiento. ^{36, 44, 57, 88} Fig. 30. A

También se mencionan como causas del trastorno en el patrón normal de respiración la posición al dormir, el clima, la succión de chupón y predisposiciones anatómicas. ^{71, 74, 90, 91} Fig. 30. B



Fig. 30.A Respiración bucal ⁸⁹



Fig. 30.B Posición del respirador bucal ⁹²

Desde hace más de 150 años, se estableció la relación entre respiración bucal y deformaciones faciales, se ha descrito que el aire transita por la cavidad oral y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal.^{57, 88}

El paladar se deforma y se profundiza, al mismo tiempo como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atróficos y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoideo. También demostraron cambios en perfiles blandos y corporales en pacientes respiradores bucales.^{57, 88, 90, 93} Fig. 31. A

Los respiradores bucales presentan vestibuloversión de los incisivos superiores, mordida cruzada posterior, retrognatismo mandibular, crecimiento vertical del maxilar, labio superior corto e hipotónico.^{67, 79, 91}

La respiración bucal es uno de los hábitos más nocivos debido a los cambios que generan en los tejidos duros y blandos, además de una mala oxigenación cerebral que ocasiona dificultades de atención y concentración, con los consiguientes problemas de aprendizaje, problemas de habla, babeo, ronquidos y una postura característica.^{59, 88, 90, 91} Fig. 31. B

Su prevalencia tan alta en el grupo de 8 a 10 años alerta sobre la necesidad de diagnósticos e intervenciones tempranas y el reforzamiento de campañas como el de la lactancia materna, lo que permite disminuir el riesgo de desarrollar otros hábitos como el de la deglución atípica.^{37, 88, 90}

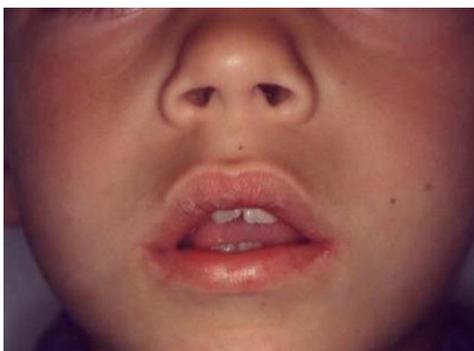


Fig. 31.A Facie del respirador bucal⁹⁴



Fig. 31.B Aspecto corporal del respirador bucal⁹⁵

5.2 Deglución atípica

Llamada también interposición lingual, se origina por la interposición de la lengua entre los dientes al momento de deglutir. Se caracteriza por labios separados e hiperactividad del labio inferior y el área mentoniana, los dientes no contactan ya que la lengua los separa.^{70, 90, 91} Fig. 32. A

Las variaciones en la deglución se presentan especialmente en la región anterior, independientemente de la configuración dentoalveolar, la lengua se adapta al patrón oclusal existente al tratar de buscar el cierre. La mandíbula se mueve hacia atrás junto con la lengua, acción que aleja el maxilar disminuyendo el estímulo sobre el arco superior, causando apiñamiento y maloclusión si este hábito persiste durante y después de la erupción de los dientes.^{70, 79, 90, 91} Fig. 32. B



Fig. 32. A Interposición lingual⁹⁶



Fig. 32. B Maloclusión por deglución atípica⁹⁷

Tipos de deglución atípica:

— Con presión atípica del labio.

Presenta vesibuloverción, para conseguir el contacto labial, la mandíbula se adelanta, pero al deglutir se desliza hacia atrás para ocluir; el labio inferior se va ubicando sobre las caras palatinas.^{90, 91}

— Con presión atípica de la lengua.

La lengua se interpone entre los incisivos, a veces entre molares. Se contraen las comisuras; puede existir empuje lingual simple o complejo.

— Con contracción comisural.

Se trata de la contracción de los risorios, la lengua está ausente en el paladar al momento de deglutir, no lo estimula transversalmente.^{90, 91}

En el trabajo de a Ovsenik del 2009, se plantea la influencia de la lactancia materna en la maduración de los patrones de deglución normales lo cual ocurre según Graber entre los 2 y 4 años; Ovsenik también reporta prevalencias del 50% de deglución atípica en niños de 3 años de edad y del 25% en niños de 12 años, lo que podría estar indicando un establecimiento más tardío de los patrones normales.⁹⁰

Varios autores citados en este trabajo mencionan que la deglución atípica es influenciado por la succión de dedo, uso de chupón, biberón, respiración bucal y habito de lengua. Existe rehabilitación ortodóntica para este hábito.^{68,}

^{90, 91} Fig. 33



Fig. 33 Rejilla lingual palatina⁹⁸

5.3 Succión digital

Hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral muchas veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar, generalmente implica una contracción activa de la musculatura oral. ^{12, 44, 68}

La succión no nutritiva se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal, si persiste por un prolongado tiempo puede presentarse consecuencias nocivas. ^{70, 90}

La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 17 y el 47%, estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, ya que mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye. ^{44, 59, 70, 90}

Cuando el hábito de succión digital persiste más allá del tiempo en que erupcionen los dientes permanentes, puede presentar una maloclusión como una mordida abierta anterior, es probable que éstas se desarrollen después de 18 meses de presentar el hábito. ^{42, 71, 79}

Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión y diastemas de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, clase II, paladar ojival y mordida cruzada. Dependiendo de cómo se succione el pulgar, los incisivos inferiores también se pueden vestibularizar. ^{59, 67, 70, 90}

Para eliminar el hábito se puede iniciar con terapias simples como recordatorios, como pueden ser bandas adhesivas en los dedos o guantes en ambas manos a la hora de dormir. Si esta terapia no es efectiva, se inicia con aparatología fija como la rejilla larga o un Quad Hélix con rejilla para pacientes que presenten mordida cruzada por dicho hábito. ^{42, 44, 71, 79} Fig. 34 .A, Fig. 34. B



Fig. 34. A Terapia de recordatorio ⁹⁹



Fig. 34. B Quad Hélix con rejilla ¹⁰⁰

5.4 Succión de chupón

El uso del chupón en los recién nacidos y niños de temprana edad es muy extendido, pero su uso de manera prolongada cuando ya han erupcionado los dientes temporales se asocia en la mayoría de casos, a un incremento de niños con mordida cruzada posterior y con mordida abierta anterior.^{59, 65, 74}

El uso del chupón aumenta 6 veces más la probabilidad de desarrollar maloclusiones a mayor tiempo de uso. Si persiste en el tiempo la interferencia luego de la erupción de los dientes anteriores, se puede originar una mordida abierta.^{70, 74, 79} Fig. 35

Por otro lado hace que el niño se acostumbre al tacto del látex y después le cueste pegarse al pezón, de esta manera no genera estímulos neuromusculares adecuados para la succión nutritiva y predispone a la fijación de hábitos orales.^{35, 36, 46, 71} Fig. 36



Fig. 35 Prolongación del uso de chupón¹⁰¹



Fig. 36 Desarrollo de maloclusiones¹⁰²

Las maloclusiones son otro riesgo importante, la más frecuente es la mordida abierta anterior, la cual puede progresar si no se deja el hábito de manera precoz. ^{67, 79}

La mordida cruzada posterior es la más grave aunque no la más frecuente, y repercute en el crecimiento craneofacial del niño. El aumento en la profundidad del paladar puede provocar candidiasis oral, mordida abierta, problemas dentales por dificultades en la lactancia. ^{44, 45, 46, 47}

La posición del chupón dentro de la cavidad oral provoca que la lengua se desplace sobre la mandíbula. Estos cambios provocan que aumente la distancia transversal mandibular y disminuya la distancia transversal maxilar. ^{19, 36, 44}

Hay que destacar que los niños con este hábito tienen alteración de la flora bacteriana e hipertrofia del sistema linfático, la cual provoca normalmente una respiración bucal. Todo el conjunto influye en el desarrollo de las maloclusiones. ^{67, 71, 79} Fig. 37

El Cirujano Dentista tiene que identificar las úlceras orales, especialmente en el tercio posterior del paladar, ya que son factor de riesgo provocado por la succión de chupón. ^{9, 14, 36}



Fig.37 Mordida abierta por succión de chupón ¹⁰⁴

5.5 Succión labial

El hábito de succión del labio inferior puede manifestarse en cualquier edad, aunque está muy relacionado con una lactancia deficiente y factores psicológicos. ^{25, 37, 43}

Se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. ^{42, 67, 71, 79} Fig. 38. A

Este hábito puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales, clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado. ^{36, 44, 42, 67, 71}

La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura. Para este hábito se puede utilizar la bompereta labial, la cual inhibe la presión del músculo orbicular de los labios, este recuperador de espacio vestibulariza incisivos, aumenta longitud y ancho del arco, y disminuye el apiñamiento en el arco inferior. ^{70, 71, 78, 79} Fig. 38. B



Fig. 38. A Succión del labio inferior ¹⁰⁴



Fig. 38. B Lip-bumper para hábito de labio ¹⁰⁵

5.6 Bruxismo

En la mayoría de los estudios revisados, se describe el bruxismo como una para función donde la mandíbula realiza movimientos no funcionales durante el día y/o la noche de forma voluntaria o involuntaria. ^{44, 57}

En estos movimientos siempre están involucrados los dientes, que se ponen en contacto con sus antagonistas produciendo un apretamiento o rechinar característicos, lo cual ocasiona desgaste en los mismos. ^{57, 71, 79} Fig. 39

Los factores más relevantes relacionados con al bruxismo en niños son: factores psicológicos, genéticos o de salud general del paciente, factores odontológicos y los relacionados con el sueño. ^{44, 46, 90} Fig. 40



Fig. 39 Desgaste dentario causado por bruxismo ¹⁰⁶



Fig. 40 Factores psicológicos, como la ansiedad ¹⁰⁷

5.7 Mordida abierta

La mordida abierta es ocasionada por varios factores, uno de ellos es la interposición de la lengua por persistencia de la deglución infantil o por el hábito nocivo de succión del dedo u otro objeto, lo cual rompe el equilibrio dentario y bucal normal, generando presiones contrarias a las fisiológicas que anulan el mecanismo normal y natural, cuya continuidad trae como efecto la deformación. ^{44, 45, 46, 67} Fig. 41

Si un hábito persiste durante o después luego de la erupción de los dientes anteriores, se origina una mordida abierta. ^{42, 79}



Fig. 41 Mordida abierta ¹⁰⁸

5.8 Onicofagia

Es un hábito común y se caracteriza por incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas y hongos en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. Se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que éste suele ser abandonado a los 3 años. ^{19, 36, 44} Fig. 42

Por lo tanto puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal, apiñamiento, rotación, protrusión de incisivos, problemas estomacales y onicomycosis. ^{44, 70, 79, 90} Fig. 43



Fig. 42 Hábito de morderse las uñas ¹⁰⁹



Fig. 43 Onicomycosis ¹¹⁰

La onicofagia, el segundo hábito en prevalencia se ha asociado a condiciones de estrés, su origen se ha señalado a una condición psicosomática, se reportan elevados niveles en la edad escolar con su máximo pico entre los 11 y 13 años, sin diferencia de género. ^{2, 36, 70}

Ojeda E.A, en el 2014, plantearon una relación estrecha entre onicofagia y trastornos de la articulación temporomandibular; sobre el origen del hábito también lo asocia a las situaciones psicológicas que se presentan en el niño

al ingreso a la escuela y la somatización del estrés y la ansiedad durante el periodo escolar, lo que explicaría los porcentajes tan altos reportados para el grupo de 8 a 10 años. ^{36, 70, 79, 90}

La complejidad del manejo de los hábitos radica en que por lo general comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del odontólogo al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de los hábitos. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos. ^{35, 36, 45, 46}

Se acepta que si son realizadas acciones correctivas en edades tempranas se tendrán más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, de igual manera eliminando el hábito antes de los 3 años edad es probable que el impacto generado por el mismo pueda corregirse espontáneamente. ^{35, 36, 37, 44}

CONCLUSIONES

La alimentación al seno materno de duración adecuada desde el punto de vista estomatológico, contribuye notablemente en el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, contribuye a la maduración de la respiración y la deglución, evita la adquisición de hábitos bucales deformantes, mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil, previene anomalías dentomaxilofaciales y contribuye a la prevención de caries dental.

Se puede decir que la lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, supone un estímulo muy importante en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido además, por otro lado favorece el crecimiento y desarrollo integral del bebé, ya que la madre le brinda afecto, calor y seguridad.

Presenta además ventajas nutritivas e inmunológicas, pues la leche materna contiene proteínas, aminoácidos esenciales, grasas, cuyo coeficiente de absorción es superior al de la leche de vaca, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.

Por lo tanto el Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de orientar y motivar a las madres para que amamanten a sus hijos, conociendo las ventajas de llevar a cabo esta práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Raymonds, J: La lactancia y la buena mordida. Revista Colombiana de Pediatría. 2003 Obtenible en:<http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pedi39104-liga.htm>
2. Rodríguez S, González R, Domínguez L, Cabrera D. Lactancia materna y hábitos bucales deformantes. Rev. Cien. Méd. La Habana 2024 Vol. 20
3. <https://neuropediatra.org/2013/10/26/inteligencia-y-lactancia-materna/>
4. WHO (World Health Organization): The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a WHO systematic review. Indian Pediatric. 2001 38: 565-7.
5. Vasconcelos, F; De Lima, A; Vilela, M; Brito, A; Tornisiello, C; Rosenblatt: Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. Braz. Dent. J. 2011 Vol.22 (2). Ribeirão Preto 2011.
6. <https://cl.pinterest.com/explore/que-es-lactancia-materna/>
7. <http://apocalipsisyactualidad.blogspot.mx/2015/02>
8. Benítez, M; Calvo, L; Quirós, O; Maza, P; D 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 Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica septiembre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada: 20/02/2012.
9. Blanco, L; Guerra, ME; Rodríguez, S: Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. Acta Odontológica Venezolana. 2007 Vol. 45(2) Caracas.

10. Mendoza, A; Asbún, P; Crespo, A; González, S; Patiño, R: Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev. bol. ped. Vol.47 (1) La Paz Ene. 2008.
11. Medeiros, A; Ferreira, J; Felicio, C: Correlation between feeding methods, non- nutritive sucking and orofacial behaviors. Pro Fono. 2009 Vol.21 (4):315-319.
12. Barbosa, C; Vasquez, S; Parada, M; Velez, J; Jackson, Ch; Yanez, N; Gelaye, B; Fitzpatrick, A: The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. BMC Pediatrics 2009 Vol. 9(66): 1-8.
13. Kobayashi, H; Scavone, H; Ferreira, R; Garib, D: Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011 Vol.137 (1):54-58.
14. Guerra, ME; Rodríguez, S; Blanco, L: Relationship Between Breastfeeding Period and Dentobuccomaxillofacial Characteristics in Venezuelan Children. IADR. July 14-17, 2010. Obtenible en:http://iadr.confex.com/iadr/2010barce/preliminaryprogram/abstract_131547.htm
15. Romero, C; Scavone, H; Gamba, D; Cotrim, F; Ferreira, R: Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J. Appl. Oral Sci. Vol.19 (2). Bauru Mar./Apr. 2011
16. Rodríguez A, Martínez I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev. Méd. Electron. 2011; 33 Disponible en :

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol!%202011/tema07.htm>

17. Nieto K, Mendoza M, Pontigo A. Prevención de hábitos no fisiológicos a través de la lactancia materna. Rev. UAH.
18. Muller R, Piñeiro S. Malos hábitos orales: Rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev. Méd. Clin. Condes. 2014; Vol. 15: 380-388
19. Guerra, ME; Mujica, C: Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. 1999 Vol. 37(2).
20. Blanco, L; Guerra, ME; Mujica, C: Relación entre el amamantamiento: el tipo del perfil: oclusión y hábitos viciosos en preescolares. Arch. venez. pueric. pediatr. 1999 Vol.62 (3):138-143.
21. https://www.clarin.com/sociedad/argentina-debajo-promedio-mundial-lactancia-materna_0_BkF6pk0Ub.html
22. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007
23. Guedes A, Bonecker M, Delgado C. Fundamentos de odontología Odontopediatría. 1ª edición. Sao Pãulo. Editorial Saltos. 2011: 183-199
24. Bai YK, Middlestadt SE, Joanne Peng CY, Fly AD. Psychosocial factors underlying the mother's decision to continue exclusive breastfeeding for 6 months: an elicitation study. J Hum Nutr Diet 2009(22):134–140.
25. Ortega, G: Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana Ortod. 1998 Vol.13 (1):53-54.

26. <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=extraccindelaleche-90-P05468>
27. Pérez, M; Quiroga, M: Prevención de maloclusiones a partir de la promoción de la lactancia materna y la educación para el control de hábitos. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. 2008 Obtenible en:[http://recursostic.javeriana.edu.co/wiki/index.php/Prevenci%C3%B3n de Maloclusiones a partir de la promoci%C3%B3n de la lactancia materna y la educaci%C3%B3n para el control de h%C3%A1bitos](http://recursostic.javeriana.edu.co/wiki/index.php/Prevenci%C3%B3n_de_Maloclusiones_a_partir_de_la_promoci%C3%B3n_de_la_lactancia_materna_y_la_educaci%C3%B3n_para_el_control_de_h%C3%A1bitos)
28. Guerra, ME; Mujica, C: Influencia del Amamantamiento en el Desarrollo de los Maxilares. Anales Venezolanos de Nutrición. 1995 Vol. 8:21-25.
29. Campaña, V: La lactancia y su relación con la presencia de maloclusiones en niños de 0 a 6 años con discapacidad. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. 2009 Obtenible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3934/1/La-lactancia-y-su-relacion-con-la-presencia-de-maloclusiones-en-ninos-de-0-a-6-anos-con-discapacidad.html>
30. <https://erupciondelosdientes.wordpress.com/2013/05/>
31. Ferrer, A; Villalba, V: Effect of the suction-swallowing action on orofacial development and growth. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2006 Vol.63 (2):33-37.
32. Gomes, C; Trezza, E; Murade, E; Padovani, C: Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. J Pediatr. 2006 Vol. 86(2): 103-109.
33. Guerra, ME; Blanco, L; Mujica, C: Relación entre período de amamantamiento y desarrollo maxilar en niños indígenas pemones venezolanos. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños. 2006 Vol.35 (1):11-14.
34. Guerra, ME: Deglución. Odontología al Día. 1993(7): 26-35.

35. López, Y; Arias, M; Zelenenko, O: Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev. Cubana Ortod. 1999 Vol. 14(1): 32-38.
36. Del monte, A; Jiménez, R: Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal de los arcos dentarios. Cuba. 2000 Obtenible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/micrognatismo.pdf>
37. Merino, E: Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Acta Odontológica Venezolana. 2003 Vol. 41(2): 42-46.
38. Cujíño, M: Lactancia materna: factor protector de la dentición. Hacia la promoción de la salud. 2004 Vol. 9:45-51. Obtenible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%209_6.pdf
39. Fuguet JR, Betancourt AI, Ochoa L, González M, Crespo A, Viera D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014Sept-Oct; 36 (5). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema04.htm>
40. Guerra, ME: (1991) Amamantamiento. Venezuela Odontológica. 1991(58): 23-29.
41. Cortez, M: Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa. Perú. 2000 Obtenible en: http://www.ceo.com.pe/005_revista_art02.htm
42. Glazer, K; Barros, A; Peres, M; Victoria, C: Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. Sao Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007 Vol.41(3)

43. Victoria, C; Pareja, D; Celso, F; Anselmo, M; Weiderpass, E: Pacifier Use and Short Breastfeeding Duration: Cause, Consequence, or Coincidence. *Pediatrics*. 1997 Vol. 99 (3): 445-453.
44. Medina, C; Laboren, M; Vilorio, C; Quirós, O; D'Jurisic, A; Alcedo, C; Molero, L; Tedaldi, J: Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws"* edición electrónica julio 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, 20/02/2012.
45. Oliveira, A; Paiva, S; Torres, M; Silva, C; Almeida, I: Prevalence and determinant factors of malocclusion in children with special needs. *Eur J Orthod*. 2011 Vol.33 (4):413-418.
46. Ferras, I; Pereira, E; Pereira, A; De Castro, M; Nóbilo, K; Bovi, G: Breastfeeding, deleterious oral habits and malocclusion in 5-year-old children in São Pedro, SP, Brazil. *Dental Press J. Orthod*.2010 Vol. 15 (2):71-81.
47. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Elena Barberia Leache.2014. pag 22
48. <https://www.mibebeyyo.com/recetas/bebes-de-4-a-6-meses>
49. <http://www.forumlibertas.com/el-feto-si-es-un-ser-humano-siente-suena-y-tiene-memoria-y-consciencia-antes-del-nacimiento/>
50. <http://desarrollodelaocclusion.blogspot.mx/>
51. <http://consultorioencasa.blogspot.mx/2015/06/>
52. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Barberia E. 2014: 22
53. Lopez, L; Singh, D; Feliciano, N; Machuca, M: Associations between a history of breastfeeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. *PRHSJ*. 2006 Vol. 25(1):31-34.
54. <https://neuropediatra.org/2014/07/31/lactancia-materna-todo-ventajas/>

55. Noguera D, Cesar J, Campos I. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Arch. Venez. Pueri. Y Pedi. 2013: 128-135
56. <https://es.slideshare.net/danielfuenteslugo/avances-en-la-composicin-de-la-leche-humana>
57. Thomas, E; Cangussu, M, Assis, A: Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012 Feb 4.
58. <https://neuropediatria.org/2014/07/31/lactancia-materna-todo-ventajas/>
59. <http://www.latercera.com/noticia/amamantar-aumentaria-la-fuerza-del-pulmon-del-bebe/>
60. Atlas de Odontopediatría. Ferreira Luis. 2010 pag 61
61. Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 2da edición. Madrid. Editorial Ripano. 2014: 28-56, 66-72
62. Goncalvez, P; Saliba, C; Ispert, A: Amamantamiento versus hábitos bucales deletéreos: ¿Existe una relación causal? Acta Odontológica Venezolana. 2007 Vol. 45(2)
63. Prieto, Y; Alfaro, E; Malavé, C: Influencia del Periodo de Lactancia en la Presencia de Maloclusiones. Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos", San Juan de los Morros, Venezuela. 2009 Obtenible en:http://iadr.confex.com/iadr/venez09/preliminaryprogram/abstract_126901.htm
64. Oliveira, A; Pordeus, I; Torres, C; Martins, M; Paiva, S: Feeding and non-nutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down Syndrome. Angle Orthod. 2010 Vol.80 (4):748-753.
65. Dos Santos, E; Oliveira, A; Zandonade, E; Bisi, M: Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration: a systematic review. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Vol.8 (4) Recife Oct./Dec. 2008.

66. Atlas de odontología infantil para pédiatras y odontólogos. Barberia Elena. 2014. Pp 66
67. Maldonado M, Torres M, Chávez A, Reyes R, Oliver R. Lactancia materna: factor protector contra la caries dental. Revista oral. 2010: 553-556
68. Moimaz, S; Zina, L; Saliba, O: Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2008 Vol.26 (3):102-106.
69. Cavalcanti, L; Medeiros, P; Moura, C: Breast-feeding, bottle-feeding, sucking habits and malocclusion in Brazilian preschool children. Rev Salud Pública (Bogota). 2007 Vol.9 (2):194-204.
70. Ocampo A, Johnson N, Lerma M. Hábitos orales comunes. Revisión de literatura parte I. Art. De Invest. Cient y Tecn. 2013: 83-90
71. Jabbar, N; Miguel, A; Da Silva, P; Scavone, H; Ferreira, I: Bottle feeding, increased overjet and class 2 primary canine relationship: is there any association?. Braz. Oral Res. Vol.25 (4). São Paulo July/Aug. 2011
72. <http://amordebatmami.com/biberones-nuk-cupcake-school/>
73. <http://www.bitti.es/blog/lactancia-materna-ventajas-desventajas.html>
74. Barros, F; Ferreira, R; Do Nascimento, L; Scavone, H: Effect of breast- and bottle-feeding duration on the age of pacifier use persistence. Braz Oral Res. 2009 Vol.23 (4):432-438.
75. Ocampo A, Lerma M, Johnson N. Hábitos orales perniciosos. Revisión de literatura parte II. Artic. De Invest. Cient. Y Tecn. 2013: 91-100
76. Atlas de Odontopediatría. Ferreira Luis. 2010. Pp 95
77. De la Fuente J, Sifuentes C, Nieto M. Promoción y Educación para la Salud en odontología. 1ª edición. Mexico. Manual moderno. 2014: 34-36 59-69 130-138

78. García M, Fernández M, Díaz J, Díaz M. Intervención educativa para la promoción de la lactancia materna. Rev. Cien. Méd. La Habana 2013, Vol. 19
79. Cristiane, L; Garib, D; Arouca, R: Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: A cross-sectional study of children in the mixed dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2006 Vol. 130(4): 531-534.
80. <http://www.ampliatusoportunidades.com/como-formar-habitos/>
81. <http://ciudadanosenred.com.mx/9-habitos-saludables-vivir-tiempo/>
82. <https://www.vix.com/es/imj/salud/5207/ejercicios-de-respiracion-para-ninos>
83. <http://cuidemosjuntostuboca.blogspot.mx/2013/03/106-respiracion-bucal.html>
84. http://www.bebedental.com.mx/tema_habitos_bloch.html
85. <https://www.guiainfantil.com/articulos/salud/trastornos/oncofagia-infantil-por-que-se-muerden-las-unas-los-ninos/>
86. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Barbería Elena. 2014. Pp 69
87. <http://www.familiaysalud.es/vivimosanos/higiene/salud-bucodental/maloclusion>
88. <https://logopediayformacion.blogspot.mx/2012/11/respiracion-bucal-parte-i-etilogia-y.html?m=1>
89. <http://www.phonosdonostia.com/logopedia/patologias/RESPIRACION.html>
90. Chamorro AF, García C, Mejía E. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área Odontopediátrica de la Universidad del Valle. Rev. Gastrihup 2017; Vol. 19 núm. 2
91. <http://www.eldiaquemicaracambio.com/2013/12/deglucion-atipica-respiracion-bucal.html?m=1>
92. <http://www.bebeabordo.com.co/respiracion-bucal-en-ninos/>

93. Laboren M, Medina C, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev. Latin. Ortodon. Odontop. "Ortodoncia w.s". Disponible en www.ortodoncia.ws
94. Capítulo 1: Análisis y descripción de la respiración: diferencia entre la respiración oral y la respiración nasal
95. <http://www.abramofono.com.br/index.php/2014/04/09/chupeta-o-que-toda-mae-e-pai-deveria-saber-antes-de-oferecer-uma-para-seu-bebe/>
96. Atlas de odontopediatria. Ferreira Luis. 2010. Pp 61
97. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(2) 380-388]
98. <http://www.odontobebe.odontovida.com/2017/04/ortopedia-rejilla-lingual-palatina.html>
99. <http://www.webdelbebe.com/cosas/guantes-para-bebes-necesarios-o-no.html>
100. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
101. http://www.huffingtonpost.com/leticia-aguero/chupete-uso-prolongado-consecuencias_b_3100143.html
102. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Barberia Elena. 2014. Pp 66
103. <http://www.mamiclic.com/4443/consecuencias-del-uso-excesivo-del-biberon-y-el-chupete-deglucion-atipica/>
104. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Barberia Elena. 2014. pp 67
105. malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial - dra. Reni muller k. Y col
106. <http://embarazoactual.com/salud/bruxismo-en-ninos-que-hacer-cuando-su-hijo-rechina-los-dientes/>
107. <https://www.psicoactiva.com/blog/los-ninos-y-la-ansiedad/>
108. Atlas de odontopediatria. Ferreira Luis. 2010. Pp 60

109. <https://roaeducacion.wordpress.com/2013/11/15/onicofagia-o-habito-de-morderse-las-unas-en-los-mas-pequenos/>
110. <http://www.psicoadapta.es/blog/onicofagia-comerse-las-unas/>