



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y  
MALOCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y  
ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE  
ANTONIO PAEZ PERIODO 2017-1**

Autor(a): Morantes Marilen

Sanabria Camila

Tutor(a): Nora de Fraino

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego  
Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 871239



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

**RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCCLUSIÓN EN  
PACIENTES DE CLÍNICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II  
DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERÍODO 2017-1**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Odontólogo.

Autor(es):

Autor(a): Morantes Marilen

Sanabria Camila

Tutor(a): Nora de Fraino

San Diego, junio 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCCLUSION  
EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA  
DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ  
PERIODO 2017-1**


**ESTUDIANTE**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 25.068.271 Marilen José Morantes Brito

2. 84.429.735 Camila Andrea Sanabria Sánchez

Tutor Propuesto: Nora De Fraino Firma: 

Cédula de Identidad N°: 3.990.402

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

  
Firma



19/10/17  
Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Sanabria Sanchez	Nombres: Camila Andrea	C.I.: 84.429.735
Dirección: La barraca, calle 7, edif. Carlos King, apt. 1-2		Teléfono: 04243345302
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	13.46
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores Nombre: <u>Marilen José Morantes Brito</u> Teléfono: <u>04144869952</u> Nombre: <u>Camila Andrea Sanabria Sánchez</u> Teléfono: <u>04243345302</u>		
Título del Trabajo RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCLUSIÓN EN PACIENTES DE CLÍNICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-1		
Breve Explicación:		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: UNIVERSIDAD "JOSÉ ANTONIO PÁEZ"		
Tiempo de Desarrollo: PERIODO 2017-1		
Tutor Académico propuesto: Nora De Fraino		

APROBADO  NO APROBADO

**COMITÉ DE EVALUACIÓN**

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Heylín Ollaveles [Firma] 19/10/17  
Nombre Firma Fecha

Rodrigo Pi [Firma] 04/10/17  
Nombre Firma Fecha





**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Morantes Brito	Nombres: Marilen Jose	C.I.: 25.068.271
Dirección: Urb. Base Aragua, Edif. Los Flamingos piso 7-1-B		Teléfono: 04144869952
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	14.19
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores Nombre: <u>Marilen José Morantes Brito</u> Teléfono: <u>04144869952</u> Nombre: <u>Camila Andrea Sanabria Sánchez</u> Teléfono: <u>04243345302</u>		
Título del Trabajo RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEdia Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-1		
Breve Explicación:		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: UNIVERSIDAD "JOSÉ ANTONIO PÁEZ"		
Tiempo de Desarrollo: PERIODO 2017-1		
Tutor Académico propuesto: Nora De Fraino		

APROBADO  NO APROBADO

**COMITÉ DE EVALUACIÓN**

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Heylson Ollaveles  
Nombre

[Firma]  
Firma

19/10/17  
Fecha

**DIRECCIÓN DE ESCUELA**

[Firma]  
Nombre

[Firma]  
Firma

24/10/17  
Fecha





## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Nora De Fraino, portador (a) de la Cedula de Identidad N°3.990.402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Camila Andrea Sanabria Sánchez, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 84429735, titulado **RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.** presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 7 días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 3990402



## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Nora De Fraino, portador (a) de la Cedula de Identidad N°3.990.402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Marilen José Morantes Brito, portador(a) de la Cedula de Identidad N°25.068.271, titulado **RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.** presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 7 días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 3950902



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

**ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO**

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ PERIODO 2017-1”**, realizado por Camila Andrea Sanabria Sánchez C.I E-84429735. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Venta pts (20) PUNTOS.

AB  
Tutor Académico (Coordinador)  
Nombre: Vera bys  
C.I.: 3990402

afaf  
Jurado  
Nombre: Margriet Montilla  
C.I.: 8.832191

ABD  
Jurado  
Nombre: María C. Verónica  
C.I.: 7028944

Fecha: 7/11/17

*Heucim Publicación*





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

**ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO**

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCLUSION EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ PERIODO 2017-1", realizado por Marilen Morantes C.I 25068271, Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Venta pts (20) PUNTOS.

*Nora de Fraino*  
 Tutor Académico (Coordinador)  
 Nombre: Nora de Fraino  
 C.I.: 3.990.402

*Magriet Montilla*  
 Jurado  
 Nombre: Magriet Montilla  
 C.I.: 8.832.191

*María Elvira Vasquez*  
 Jurado  
 Nombre: María Elvira Vasquez  
 C.I.: 4020944

Fecha: 7/10/2017.

*Marilen Morantes*



## **AGRADECIMIENTOS**

Por Camila Sanabria

Le agradezco primeramente a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por cada oportunidad y cada obstáculo que puso en mi camino y por ser mi fortaleza en cada uno de ellos, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy infinitas gracias a mis padres por ser mi apoyo en todo momento, porque estuvieron para mí cuando más los necesitaba, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Por cada sacrificio y esfuerzo, quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

A mi amiga Jan por brindarme su amistad sin condición alguna, por siempre estar en las buenas y en las malas, por cada palabra de aliento cuando sentí no poder más, sobre todo por su paciencia y cariño.

Gracias a mi tutora de tesis Nora de Fraino y a la profesora Ervy Weffer, por haberme brindado su ayuda para llevar a cabo esta investigación. Por darme la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

A mi compañera de tesis y amiga, por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante en momentos de desesperación, por el apoyo brindado y desvelarse al igual que yo para lograr esta gran meta.

Por Marilen Morantes

A Dios por haberme bendecido con la vida, por los buenos momentos y las pruebas que ha puesto en mi camino, pero gracias a su eterna misericordia y fe me ha permitido continuar siguiendo mis sueños y alcanzarlos poco a poco

A mis padres porque con su inmenso amor, su apoyo incondicional, sacrificio y enseñanza formaron mi personalidad en base a los valores que hacen fuerte a una familia, llena de cariño y de apoyo mutuo. A mi madre por darme su gran apoyo, su tiempo y consejos que fueron el sustento primordial de este logro. A mi padre por ser el equilibrio de la familia y brindarme su paciencia y comprensión en los momentos más importantes de mi vida.

A Ana Ibarra porque sólo una persona maravillosa y de luz me pudo haber ayudado tanto, con cariño y bondad desde mi primer día en la universidad.

A mis tíos, Arnaldo y Carmen por ser mi cobijo en los momentos que más los necesité.

A Elias Quijada, por ser mi compañero en las buenas y en las malas, y ser parte de mi impulso emocional a lo largo de toda mi carrera y el cumplimiento de mis metas.

A mi casa de estudios, Universidad José Antonio Páez por ser la que me abrió las puertas para llevar a cabo mi sueño por proporcionarme las herramientas necesarias para poder desarrollarme y crecer como profesional

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**RELACIÓN ENTRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL Y MALOCLUSION  
EN PACIENTES DE CLINICA ORTOPEDIA Y ORTODONCIA  
DENTOFACIAL I Y II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
PERIODO 2017-1**

Autoras: Marilen José Morantes Brito  
Camila Andrea Sanabria Sánchez  
Tutor(a): Nora De Fraino  
Fecha: noviembre 2017

**RESUMEN INFORMATIVO**

En la presente investigación se planteó como objetivo general comprobar la relación entre lactancia artificial y maloclusiones en pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial I Y II de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1. El estudio se enmarco en un diseño no experimental, tipo de campo, de modalidad descriptiva ya que está orientado hacia la medición de variables independientes propuestas y así demostrar la relación existente entre la lactancia artificial y las maloclusiones, los datos fueron recopilados mediante el método de observación, se revisaron las historias clínicas, de las cuales se extrajo los datos necesarios para la investigación, para esto se elaboró una hoja de registro. La investigación tomo como muestra 20 pacientes que asistieron a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial I Y II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1. Según los resultados obtenidos si hay relación entre la lactancia artificial y las maloclusiones ya que los pacientes presentan las características clínicas que indican que no hay un crecimiento armónico de ambos maxilares.

**Descriptor:** Lactancia Artificial, Maloclusiones

## INDICE

	pp.
<b>RESUMEN INFORMATIVO</b> .....	X
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.1.1 Formulación del Problema.....	3
1.2 Objetivos de la Investigación.....	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	4
1.3 Justificación de la Investigación.....	4
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Antecedentes Legales de la Investigación.....	23
2.4 Definición de términos básicos.....	26
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo de Investigación.....	28
3.2 Diseño de Investigación.....	28
3.3 Población y Muestra.....	29
3.4 Técnicas de Recolección de Datos.....	29
<b>IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1 Presentación de Resultados.....	31
4.2 Interpretación de Resultados.....	31
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
<b>REERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
<b>ANEXOS</b> .....	44

## LISTA DE TABLAS

Tablas 1. Relación entre el tiempo y el tipo de lactancia recibida por los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	31
Tabla 2. Clasificación de Angle modificada por Anderson-Dewey predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	33
Tabla 3. Tipo de perfil predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	35.
Tabla 4. Patrón esquelético predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	36
Tabla 5. Tipo de crecimiento predominante en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	37.
Tabla 6. Diagnósticos definitivos en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.....	38

## LISTA DE GRAFICOS

- Grafico 1. Relación entre el tiempo y el tipo de lactancia recibida por los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.....32.
- Grafico 2. Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1 (Clasificación de Angle modificada por Anderson-Dewey).....34
- Grafico 3. Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1(Tipo de perfil).....35
- Grafico 4. Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1(Patrón esquelético).....36
- Grafico 5. Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1(Tipo de crecimiento).....37
- Grafico 6. Diagnósticos definitivos en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.....39.

## INTRODUCCION

Los cambios en el estilo de vida de las sociedades avanzadas han provocado nuevos comportamientos que conllevan transformaciones en los hábitos alimentarios de la infancia.

El tipo de lactancia puede influir sobre la morfología de los maxilares y la oclusión dentaria, ya que participa en algunas funciones que se llevan a cabo en la cavidad oral: succión, deglución, estimula el crecimiento y en el desarrollo del tercio inferior de la cara.

En la presente investigación se dará a conocer la relación entre la lactancia artificial y las maloclusiones, en la cual se plantearon unos objetivos para desarrollar el tema, tomando en cuenta investigaciones realizadas por diversos autores para sustentar la investigación realizada.

En el capítulo segundo se presenta el marco teórico de la investigación, el cual contiene definiciones y conceptos utilizados en la temática, abarcando los tópicos necesarios para comprender la investigación; siendo este un tema que se ha venido desarrollando en diferentes perspectivas a nivel mundial.

En el tercer capítulo, se presenta el diseño metodológico de la investigación, definiéndose el tipo de estudio, la muestra estudiada y el método para la recopilación de información. En cuanto a el capítulo cuatro se centra en la presentación del informe de investigación, para ello se utilizan gráficos, que permiten la explicación de los hallazgos encontrados a través de la aplicación del instrumento de consulta. El informe contiene soporte cuantitativo, así como un resumen cualitativo detallado de la información proporcionada por cada tópico estudiado.

Por ultimo en el capítulo cinco, se establecen las conclusiones obtenidas de la investigación y las recomendaciones que se consideraron pertinentes con respecto a la temática estudiada

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

La lactancia artificial satisface las necesidades nutritivas del niño, pero no produce la excitación neuroparatópica del aparato masticatorio. Esta es necesaria para obtener el desarrollo previsto genéticamente, agregando que la interposición anormal de la lengua durante la alimentación artificial puede provocar un reflejo de succión y deglución inadecuado del niño lo cual que favorece la adquisición del hábito de la deglución atípica y su consecuencia futura: la mordida abierta. Esta actividad repetitiva puede pasar a la instauración de hábitos orales para funcionales de succión y deglución.

La alimentación con el empleo del tetero o biberón desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, (Guerra, Mujica 1999) citó (Pinkhan 1991)

- 1) La boca del lactante se abre en exceso,
  - 2) El esfuerzo muscular, además de inadecuado es insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos,
- La mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente, a diferencia de lo que ocurre durante el amamantamiento, que si logra realizar los movimientos adecuada y eficazmente para alcanzar su desarrollo fisiológico.
- El flujo de la leche está directamente relacionado con el tamaño del agujero de la mamila del biberón y el neonato no tiene otro mecanismo defensivo contra la cantidad de leche dispensada a su cavidad que obturar el agujero e interponer su lengua. (p.3)

En marzo de 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentaron un informe titulado Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, resaltando la importancia de la lactancia materna desde el punto de vista inmunológico, nutricional y psicológico ya que es la medida más efectiva y menos costosa para

evitar la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida. Además de los beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales, la lactancia materna promueve un adecuado desarrollo del sistema estomatognático.

Por estos motivos en Venezuela han promulgado una Ley para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, es un instrumento jurídico que tiene por objeto promover, proteger y apoyar la lactancia materna a fines de garantizar la vida, salud y desarrollo integral de los niños y niñas. Es de suma importancia contar en Venezuela con una Ley, que garantice la práctica adecuada de la lactancia materna y la alimentación complementaria oportuna y debidamente administrada. Además, este instrumento jurídico permite garantizar los derechos de las madres trabajadoras en el periodo de amamantamiento, promover prácticas éticas en la comercialización de los alimentos infantiles y establecer las sanciones en casos de infracción.

Asimismo en el periodo en el cual los autores cursaron la materia clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I Y II en la Universidad José Antonio Páez, se observó en los pacientes atendidos la presencia de maloclusiones dentarias con un factor predominante en los pacientes alimentados con lactancia artificial por un tiempo más prolongado que con lactancia materna y que por dicho tipo de alimentación fueron ocasionados ciertos hábitos que ayudaron a la evolución de dichas maloclusiones, esta premisa condujo al análisis y estudio el presente tema.

### **1.1.1 Formulación del Problema**

¿Qué relación hay entre la lactancia artificial y la formación de maloclusiones en pacientes de la clínica Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1?

## **1.2 Objetivos de la investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Comprobar la relación entre lactancia artificial y maloclusiones en pacientes que asisten a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el tipo de lactancia que recibieron los pacientes que acuden al área clínica
- Verificar las características clínicas de maloclusiones en pacientes que asisten a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.
- Establecer el tipo de maloclusión presente en los pacientes que acuden al área clínica
- Demostrar la relación que existe entre la lactancia artificial y las maloclusiones.

## **1.3 Justificación**

Tomando en cuenta todas las investigaciones realizadas sobre la lactancia artificial, se establece una gran importancia demostrar que ésta es un factor determinante para el desarrollo de maloclusiones debido a que no permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para que se produzca un desarrollo funcional.

Esto genera una importancia a nivel social ya que teniendo nuestro país en alta prevalencia de maloclusiones en un 47.9%, es necesario encontrar las causas que pueden condicionar las mismas, Carrilo (2008) revela que “ las maloclusiones de la dentición permanente son diagnosticadas en la dentición decidua con una frecuencia de un 50%, siendo la insuficiencia mandibular una de las más prevalentes” (p.59) , como profesionales de la salud se deben interceptar los desvíos

incipientes de la normalidad que posteriormente pueda evolucionar a alteraciones debido a la falta de movimientos mandibulares de avance, retroceso y lateralidades funcionales y así generar conciencia acerca de los factores que pueden influir en el tipo de lactancia y por lo tanto prevenir una anomalía en el área dentofacial.

Además, la presente investigación beneficiará con sus conocimientos al ámbito académico ya que puede avalarse como complemento a otras investigaciones similares a realizarse en las que posteriormente se podrán ampliar y mejorar los conocimientos concernientes a este problema.

De esta manera se podrá entregar un pequeño aporte para proteger y promocionar los beneficios de la lactancia natural como otros estudios lo han venido haciendo todo en beneficio de la preservación de la salud bucal

Por todo lo anteriormente expuesto se hace importante realizar una investigación referente a la lactancia artificial y el desarrollo ortognatico.

#### **1.4 Delimitación del problema**

Dada la amplitud de este tema, esta investigación se realizó exclusivamente en los pacientes que asisten a la clínica Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.

El estudio se realizó mediante la revisión de historias en las cuales esta suministrada la información necesaria para poder analizar y lograr los objetivos de la investigación. Dicha investigación se enfocó en estudiar la relación que existe entre la lactancia artificial y el desarrollo de maloclusiones que esta provoca.

#### **1.5 Limitación del problema**

-Demora al realizar la revisión de historias clínicas para la fecha programada debido un proceso de inventario que se llevó a cabo en el área de registro de la Universidad José Antonio Páez

-Ausencia de información del paciente en el momento que se llenó la historia por parte de los estudiantes que cursaron la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo 2017-1

-Diagnóstico y recolección de datos del paciente erróneas plasmados en la historia por parte de los estudiantes que cursaron la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo 2017-1.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Navarrete, Gramal (2014-Perú) “Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo”. Este estudio tuvo por objetivo poder determinar la relación de dependencia entre la lactancia y la presencia de maloclusiones en preescolares de 3 a 5 años de la Parroquia Miguel Egas Cabezas del Cantón Otavalo.

En cuanto sobre el método usado este estudio tuvo un diseño descriptivo y transversal. Y se evaluaron 203 niños de 3 a 5 años de centros infantiles de la parroquia mediante encuestas a las madres sobre tipo y tiempo de lactancia. Además, examen clínico a los niños en los tres planos de espacio para observar indicadores de maloclusión. Como resultados se obtuvo que el 100% recibió lactancia materna. La mayoría de los niños recibió lactancia materna exclusiva (60.1%) y en menor porcentaje lactancia mixta (39.9%).

La relación de maloclusiones con el tipo de lactancia tuvo significancia estadística ( $p < 0.005$ ). El 55.2% tuvo oclusión normal y solo 4.9% maloclusión leve por haber recibido lactancia materna exclusiva. Comparado con el 5.9% oclusión normal, 15.8% maloclusión leve y 18.2% maloclusión moderada por haber recibido lactancia mixta. El tiempo de lactancia tuvo significancia estadística ( $p < 0.005$ ), el 51.7% tuvo oclusión normal por haber lactado más de 12 meses. Conclusiones: Existe relación entre la presencia de maloclusiones con el tipo y tiempo de lactancia. Encontrando en el presente estudio mejor oclusión en aquellos lactados de forma natural y por un tiempo de 12 meses o mayor.

En cuanto a la relación con esta investigación, la información expresada sirve de sustento para los resultados que se obtuvieron ya que en dicha investigación presenta variables muy parecidas que va a favorecer al momento de la discusión de resultados a proveer información.

Cigüeñas (2013-Perú) “Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad”. Este estudio tuvo como objetivo determinar si el tipo de lactancia está asociado al desarrollar maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad, en cuanto la metodología, se realizó un estudio analítico; de nivel relacional y de diseño epidemiológico en el cual se estudió 420 niños entre 0 a 36 meses de edad, pertenecientes a 4 lugares distintos: Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Daniel Alcides Carrión, cuna del Hospital Arzobispo Loayza, Instituto Educativo Inicial N°16, Instituto Educativo Inicial N°116, INABIF “Pestalozzi”. Los datos fueron recolectados a través de una Guía de Entrevista realizada a las madres la parte correspondiente a las preguntas y el análisis intermaxilar a los infantes.

Se les realizó el análisis intermaxilar dividido en cuatro grupos de acuerdo al tipo de análisis de oclusión: rodetes, relación incisal, relación canina y relación molar. Los datos fueron procesados en tablas y gráficos, para la determinación de asociación de variables se realizó el análisis estadístico de la prueba de chi-cuadrado, y para hallar el riesgo relativo, el análisis de estimación de riesgo, con el programa estadístico SPSS 20.0. En los resultados obtenidos se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de lactancia y el desarrollo de maloclusiones, además de un riesgo relativo de 1.32 veces más en el tipo de lactancia de biberón que en el de lactancia materna exclusiva para desarrollar maloclusiones.

En relación a lo anteriormente expuesto, está completamente vinculado al tema del correspondiente trabajo debido a que demuestra estadísticamente como afecta el tipo de lactancia en relación al tiempo y el desarrollo de maloclusiones lo cual proporciona datos que respaldan el resultado esperado.

Rondón, Zambrano, Guerra, (2012-Venezuela). “Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máximo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana”

La lactancia materna, constituye una práctica indiscutible y la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo adecuado. Además de proveer beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico, la lactancia materna, estimula el desarrollo y maduración de las funciones del aparato bucal y contribuye en la prevención de anomalías dentobucodemaxilofaciales.

Aun cuando a nivel mundial se han hecho grandes campañas de fomento y promoción de la lactancia natural, es poco lo que se ha divulgado en este sentido, incluso en el gremio odontológico, razón por la cual se realizó esta revisión. La metodología usada fue mediante la revisión de 44 artículos publicados en Latinoamérica desde el año 1991 hasta el año 2012, en los que se plantea el efecto de la lactancia materna sobre el aparato bucal y sus funciones, así como también los hábitos parafuncionales, alteraciones dento-buco-máximo-facial asociadas a la carencia de lactancia materna y se destacan los beneficios que ofrece la alimentación natural en la salud bucodental del infante.

Se obtuvo como resultado que los 44 artículos estudiados coincidieron que el amamantamiento favorece el crecimiento y desarrollo del aparato bucal y la maduración de sus funciones, previene la adquisición de hábitos viciosos orales y las anomalías dento-buco-máximo-faciales.

Considerando que el estudio ante expuesto es una revisión literaria de 44 artículos en los cuales se consiguió una coincidencia por el factor que dice que el amamantamiento favorece al crecimiento y desarrollo del aparato bucal y la maduración de sus funciones, respalda la hipótesis propuesta en este estudio y nos impulsa a seguir demostrando el objetivo general.

Rondón, Zambrano, Guerra, (2012) “Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones” Como objetivo se planteó determinar la relación entre

periodo de Lactancia Materna y Maloclusiones. En cuanto al material y a los métodos usados se examinó una muestra de 59 niños en edades entre 6 y 13 años en la parroquia Higuero, Miranda, Venezuela. Se aplicó un cuestionario a cada representante para obtener datos sobre el periodo de lactancia materna recibida por el niño y se efectuó un examen clínico bucal observando variables ortodóncicas en cada niño.

Se realizó un modelo de análisis de significancia  $p < 0,05$ , mediante la prueba de Fisher a través del Análisis de Varianza Univariado (ANOVA), para evidenciar si existían diferencias estadísticamente significativas entre periodo de lactancia materna y las variables: relación molar permanente, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. También se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en aquellos casos en donde la muestra fue menor de 30 observaciones.

El resultado que se obtuvo fue que existe relación estadística significativa entre un periodo de lactancia materna menor de 6 meses y relación molar en clase II de Angle y mordida abierta anterior, sin embargo, para mordida cruzada posterior no se halló significancia estadística. Se encontró relación estadísticamente significativa entre un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses con relación molar en clase I de Angle. Como conclusión se plantea que un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses se relaciona con la ausencia de maloclusión en el grupo estudiado.

El siguiente estudio demuestra estadísticamente que en un periodo menor a 6 meses sin lactancia materna aplicando el uso de la lactancia artificial es un factor determinante para el desarrollo de maloclusiones por lo tanto consideramos que existe una buena base y correlación con el presente trabajo.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Lactancia**

En 2004, en reunión conjunta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia se presentó un informe titulado Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, donde se

destaca la importancia de la lactancia materna desde lo inmunológico, lo nutricional y lo psicológico, ya que es la medida más efectiva y menos costosa para evitar la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida.

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios:

-Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

-Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

-Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

-Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

-Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.

-Relactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia

Cigüeñas (2013 p.46-47)

Las anomalías dentomaxilofaciales son de etiología multifactorial presentan uno o más agentes causales conjugados entre sí. El conocer el comportamiento típico de la anomalía sirve para predecir su pronóstico y evitar su presencia, atacando la formación de la tríada epidemiológica.

Según, Benítez. Calvo, Quirós, Maza, D'jurisic, Alcedo, Fuenmayor (2009) establecen que "Para que una Anomalía dentomaxilofaciales (ADMF) o maloclusiones presente, se requiere de 3 factores primarios: El agente causal, el huésped susceptible y el ambiente propicio. Esto sumado al factor tiempo como último elemento determinante de la tétada epidemiológica"(p.1)

Solo si se conjugan los tres factores de la tríada epidemiológica, con el factor tiempo, se encuentra presente una ADMF. La gravedad de la anomalía está sujeta a un tiempo determinado, esto cambia el pronóstico ya que el comportamiento de la anomalía es individual e único en cada paciente.

La prevención por medio del control de la tríada y tétrada epidemiológica consiste en romper la relación de interdependencia entre los tres factores así:

- Permitir que el huésped sea resistente
- Eliminar o controlar en forma parcial o total el agente causal
- Eliminar o controlar el ambiente propicio.
- Control del tiempo durante el cual está activa

Benítez. Calvo, Quirós, Maza, D'jurisic, Alcedo, Fuenmayor (2009, p.1)

Los biberones y papillas son el tipo de alimentación usado en la actualidad mayormente la cual satisface las necesidades nutritivas del niño, pero no produce la excitación neuroparatípica del aparato masticatorio. Esta es necesaria para obtener el desarrollo previsto genéticamente.

En los primeros meses de vida la función alimenticia es exclusivamente líquida, por medio del amamantamiento, debido a esto, la boca del recién nacido presenta características especiales para cumplir dicha función, con una cierta sensibilidad, aun en las zonas alejadas de los labios.

En este orden de ideas ,los labios tienden a ser de forma triangular, comprendida por pequeñas prominencias y vellosidades hasta en los carrillos, estas zonas tienden a ser sensibles y muy irrigadas, los huesos de los maxilares semejan a flecos con prominencias papilares a todo lo largo anterior, muy irrigados y eréctiles, cuya principal función es rodear al pezón durante la lactancia, estas características van desapareciendo poco a poco, el paladar presenta pliegues palatinos prominentes, quedando en los adultos las llamadas rugas palatinas, la mandíbula está muy atrás (entre 6 a 12 mm), la que se modifica en pocos días haciéndose menos notoria.

El niño nace con el reflejo innato de la succión. En los primeros días no hay diferencia entre succión y deglución por lo tanto se tiene pequeños atoros, los que poco a poco se van independizando y afinando.

Durante la deglución, con la leche ya en la boca, la lengua se pone acanalada para impulsar la leche progresivamente, con movimientos peristálticos hacia la faringe todo este proceso se realiza con ayuda principalmente de los músculos de la lengua.

La respiración es el primer estímulo paratípico permanente en el individuo desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento constituye el segundo estímulo. El niño cuando nace presenta unas exigencias metabólicas que va a suplir bien sea con la alimentación artificial, o natural a través del amamantamiento.

La succión y la deglución, son los dos mecanismos necesarios para la alimentación del niño. El acto de succionar demanda la realización de variados y coordinados movimientos, conformando la "unidad vital del acto de amamantamiento", en el que intervienen:

-Para la succión: Labios, lengua, carrillos, paladar blando y mandíbula.

-Para la deglución: Faringe, laringe, hueso hioides y piso de boca.  
Guillén, Benavente, Gonzáles. Chein Villacampa (2004; p. 46-50)

En ambos casos, intervienen una diversidad de músculos de la cara, cuello y espalda. Toda esta dinámica produce estímulos funcionales para un armonioso desarrollo del órgano bucal, lo cual lleva a un gran agotamiento físico del niño por lo que con facilidad se queda dormido para recuperar fuerzas.

Guillén, Benavente, Gonzáles. Chein Villacampa (2004) explican que el amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay prehensión del pezón y laaréola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua. En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior.

Para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento antero posterior. La lengua adopta forma de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando.

De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. 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 (resalte, apiñamiento,

mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias, etcétera que afectan la estética y la función dentofacial del niño (p. 46-50)

No obstante, el niño con el biberón no produce el cierre labial con la fuerza necesaria y esto con lleva a que adopten forma de "O", por lo tanto no se realiza el vacío bucal, se torna difícil la acción de la lengua, la cual realiza movimientos hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene en una posición plana donde existe una menor excitación a nivel de la musculatura bucal ,y como resultado se convertirá en hipotónica y no ayudara a el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en posición distal.

Los bebés deben adaptarse a esas circunstancias para evitar atragantarse, la mamila está formada de un material que es más duro que el tejido mamario y mucho menos elástico que el pezón, por lo que la boca del bebé se conformará y adaptará a la forma de la mamila. Con el biberón se pone en funcionamiento un modo de succión caracterizado por la actividad lingual y mandibular muy diferente, que varía en función de la mamila utilizada (consistencia, densidad, perforaciones), y conlleva un trabajo menos tónico y más posterior.

La leche se obtiene sin esfuerzo y la duración de la succión se reduce notablemente. Como consecuencia, se producirá una falta de desarrollo anteroposterior de la mandíbula, ya que la propulsión lengua-mandíbula es más débil. A menudo, la simple depresión intrabucal será suficiente para provocar la salida de la leche y no se requerirá trabajo muscular: el bebé obtiene la leche sin mayor esfuerzo.

En este orden de ideas Carrillo (2012) Las mamilas tradicionales, por tanto, son inadecuadas para el bebé, ya que se acostumbran a una alimentación fácil y se vuelven poco activos en el aspecto dietético. Este tipo de mamilas, requieren solamente 1/60 parte de los movimientos musculares que exige la lactancia natural, lo que produce un debilitamiento de la musculatura. Además, los labios no pueden ejercer una presión suficiente y la lengua se sitúa más baja y retrasada, impidiendo la correcta estimulación para el ensanchamiento del paladar y el crecimiento anterior mandibular. Todos estos factores implicarán una maloclusión dento-esquelética. Debido al poco trabajo muscular requerido

al tomar del biberón, el desarrollo morfológico y funcional de la mandíbula inferior será diferente. (p.55)

El riesgo de dar biberón es grande pues puede primar la respiración bucal sobre la nasal, con todas las consecuencias que esto trae sobre el desarrollo de la estructura de la cara y, más globalmente, sobre la salud del bebé

En el caso de los niños alimentados con biberón, lo opuesto es cierto encontrándose una hipotonicidad general e hipertonicidad de bucinadores en cambio los niños amamantados, la tonicidad de estos músculos, excepto los bucinadores, tiende a estar aumentada, lo que contribuye a evitar la Síndrome de respiración bucal (SRB). (Robles, 2003).

Por otro lado, el proceso de lactancia materna promueve un adecuado crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales, ya que se produce una excitación de la musculatura orofacial y se estimula el desarrollo funcional y armonioso del sistema estomatognático. Es el responsable de madurar los músculos de la masticación, además de estimular el desarrollo de los maxilares y diferenciar las articulaciones temporomandibulares, lo que ayuda a prevenir la aparición de hábitos orales parafuncionales y maloclusiones.

Por ello, Morales-Chávez, Stabile-Del Vecchio (2014) recomiendan e incentivan un mínimo de exclusiva lactancia materna hasta los 6 primeros meses de vida y después debe complementarse con otros alimentos hasta los 2 años de edad, para así proporcionarle buen desarrollo físico y emocional al niño. Aunado a ello, está directamente relacionada con las necesidades emotivas y afectivas del bebé y la madre. (p.20)

Desde el 2001 la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en reunión conjunta se presentó un informe titulado Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, donde se destaca la importancia de la lactancia materna desde lo inmunológico, lo nutricional y lo psicológico, ya que es la medida más efectiva y menos costosa para evitar la desnutrición infantil y las enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida.

El reflejo de la succión es la primera actividad muscular coordinada que realiza el recién nacido. Existen dos formas de esta: la primera es la succión nutritiva, que se produce a través de la alimentación natural y le aporta al niño los nutrientes esenciales para un crecimiento y desarrollo óptimos. También constituye el intercambio más importante con el mundo exterior ya que, además de alimentarse, el niño recibe una sensación de bienestar, al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor y al establecer contacto físico con su madre. La segunda es la succión no nutritiva, con la cual el niño busca generar ese sentimiento de calma, calidez y seguridad mediante sustitutos.

(Morales-Chávez, Stabile-Del Vecchio, Vargas, Vasconcelos 2009 p.20)

Por medio del amamantamiento, el niño deglute la leche materna, lo que le permite alcanzar una sensación de plenitud que lo lleva a cesar la succión. Se ha evidenciado que aquellos niños que no han recibido lactancia materna o han tenido un corto periodo de esta y han sido alimentados mediante biberón van a satisfacer su instinto de succión por medio de sustitutos como por ejemplo el chupón, la succión lingual, la succión digital, y la onicofagia, entre otros hábitos orales parafuncionales. Igualmente, se ha identificado que su aparición se asocia con el desarrollo de maloclusiones dentales.

Al nacer, el niño tiene un perfil totalmente convexo por una retroposición mandibular fisiológica que se corrige al realizar los movimientos durante el amamantamiento.

Ellos ayudan a reestructurar la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. El niño que se alimenta por medio del seno materno utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento que aquel que toma del biberón. De hecho, el succionar el pezón, por sus características anatómicas, requiere del niño un esfuerzo que garantiza que todas las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan en armonía.

(Morales-Chávez, Stabile-Del Vecchio, Vargas, Vasconcelos, 2009 p.20)

Por ello, el amamantamiento es un estímulo que favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar superior a una posición medial.

Es llamado el primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera, se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Por ello, el amamantamiento es el primer tratamiento natural de ortopedia

funcional que estimula el crecimiento normal del maxilar y la mandíbula, con la acción normal de labios y lengua, lo cual difiere del uso del biberón que está envuelto en la etiología de las maloclusiones.

### **2.2.2 Maloclusiones**

En cuanto a las maloclusiones, es cuando se presenta un trastorno en el proceso de crecimiento y desarrollo craneofacial y del sistema estomatognático. Una oclusión normal se refiere a la correcta relación que existe entre el maxilar superior y la mandíbula, que está directamente relacionada con el crecimiento armónico de ambos maxilares y sus estructuras.

Las alteraciones en el desarrollo de la oclusión están influenciadas por factores hereditarios, congénitos, constitucionales y ambientales. También se asocian con la presencia de caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución, masticación y un corto periodo de lactancia materna.

#### **2.2.2.1 Clasificación de Angle**

Muchos han intentado clasificar los diversos tipos de maloclusiones desde muchos años atrás, pero solo fue a finales del siglo IXX cuando Angle (1890) estableció una relación basada en la relación de las cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido tomada como patrón de referencia:

- Clase I (normoclusión): cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.
- Clase II (Distoclusión): cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior.
- Clase III (Mesioclusión): cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior.

Dicha clasificación de Angle fue ampliada por Dewey-Anderson (1911), siendo la más usada hoy:

- Clase I (normoclusión).
- Tipo 1: dientes superiores e inferiores apiñado, o caninos en labio versión, infralabio versión o linguo versión.

- Tipo 2: incisivos superior protruidos o espaciados.
- Tipo 3: si uno o más incisivos están cruzados con uno más incisivos inferiores.
- Tipo 4: mordida cruzada posterior (temporales o permanentes), pero anteriores alineados.
- Tipo 5: hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 6 mayor de 3mm. Protrusión Bimaxilar (Biprotruso). Posición de avance en ambas arcadas. Pueden o no haber mal posición individual de dientes y correcta forma de los arcos, pero la estética está afectada.
- Clase II (Distoclusión).
  - División 1: si los incisivos superiores se encuentran en labio versión
  - División 2: si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición normal o ligera linguo versión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente
- Clase III (Mesioclusión).
  - Tipo 1: si observamos los arcos por separado, estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.
  - Tipo 2: si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los superiores.
  - Tipo 3: si se presenta un arco mandibular muy desarrollado, y un arco maxilar poco desarrollado los dientes superiores, a veces apiñados y en posición lingual con respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada

Navarrete (2013) citó “(Murrieta et al, 2007, p.1) en su estudio determinaron la prevalencia de maloclusiones con 96,4% en los adolescentes estudiados, encontró a la Clase I de Angle como más frecuente (72,8%), resultando cinco y siete veces mayor que las Clases II y III.” (p.16)

Asimismo, Navarrete (2013) citó “(Medina, 2010, p.1), mantuvo en su investigación acerca de las alteraciones dentales, que la prevalencia estuvo entre un 62,66% para la clase I, el 26,30% para la clase II y el 15,75% para la clase III, es decir todos tuvieron algún tipo de maloclusión de acuerdo a la clasificación de Angle” (p.16)

En este mismo orden de ideas, Rondón, Zambrano, Guerra, (2012) en los resultados obtenidos también se pudo apreciar que un periodo de lactancia materna mayor de 6 meses se asocia con relación molar permanente clase I de Angle mostrando una prevalencia muy alta si se le compara con clase II y III de Angle

#### **2.2.2.2. Perfil**

##### Análisis de Perfil

Para analizar el perfil es necesario lograr una adecuada posición de la cabeza del paciente, el plano de Frankfurt (conducto auditivo externo-punto orbital) debe ser paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal, la cabeza no debe estar inclinada hacia adelante o hacia atrás porque al adelantar o retrasar el mentón se desconfigura el verdadero aspecto facial. Se utiliza una medición conocida como el “plano estético de Ricketts” que consiste en trazar una línea que pase por la punta de la nariz y la punta del mentón. Luego se mide la distancia entre el labio inferior y el plano estético, esta debe ser menor a 2 mm.

Plano estético de Ricketts o Línea “E”.

Va desde la punta de la nariz al pogonion blando.

Normal: El labio superior debe encontrarse a una distancia promedio de 4mm por detrás del plano y el labio inferior 2 mm por detrás de mismo.

Interpretación: Expresa el equilibrio estético de los labios con el resto del perfil blando facial, evalúa la relación de los labios con respecto a este plano (Torres 2003 p.62)

Por lo tanto, se puede clasificar el tipo de perfil en:

-Perfil facial convexo: Se refiere a cuando el maxilar superior se encuentra algo adelantado con respecto a la barbilla y de esta manera forma un ángulo convexo con la punta de la nariz. Puede decirse que esto ocurre por falta de desarrollo en el maxilar inferior o que el maxilar superior ha crecido de manera desmedida.

-Perfil facial recto: se forma una línea casi recta entre los maxilares y la barbilla. Se considera que los maxilares han crecido adecuadamente y se han posicionado de manera correcta. Si una persona encaja con estas características no es necesario la intervención quirúrgica ni ortodoncia.

-Perfil facial cóncavo: Las líneas que unen la punta de la nariz con el maxilar y el maxilar con la barbilla se juntan formando un signo menor “<”. Se refiere a cuando el maxilar superior se encuentra retrasado con respecto al maxilar inferior. Las personas que cuentan con estas características se determina que han tenido un podrecimiento del maxilar superior o un hipercrecimiento del maxilar inferior.

Según Rondón, Zambrano, Guerra, (2012) que cito Blanco, L & Cols. (1999) “En su estudio, realizado sobre 122 preescolares de Caracas, establecen una relación entre un periodo de amamantamiento menor de 6 meses, presencia de relación molar distal (distoclusión), perfil convexo y hábitos viciosos de succión y de deglución”

Se debe trazar una línea que pase por los puntos glabella, subnasal y pogonion blando. Este debe medir aproximadamente entre 165° y 175°. Si presenta un valor mayor se clasifica como un perfil cóncavo y es probable la presencia de una relación clase III dentaria y/o maxilar y si el ángulo es menor, corresponde a un perfil convexo y es probable la existencia de una relación clase II dentaria y/o maxilar (Kammann, Quirós 2013)

### **2.2.2.3 Patrón Esqueletal**

#### Ángulo de convexidad facial

Los problemas de Maloclusión pueden presentar un origen real de tipo esqueletal, acompañado de problemas de tipo dentario, de allí la importancia de la cefalometría en el análisis de las maloclusiones

Esqueléticamente podemos observar

#### Clase 1

Posición normal de los maxilares con respecto a su base craneal

Posición de avance de ambos maxilares con respecto a su base craneal (biprotrusión)

Posición de retrusión de ambos maxilares con respecto a su base craneal (doble retrusión)

#### Clase II

Maxilar en buena posición, mandíbula retruida

Maxilar protruido, mandíbula en buena posición

Maxilar protruido, mandíbula retruida

#### Clase III

Maxilar en buena posición, mandíbula protruida  
Maxilar retruido, mandíbula en buena posición  
Maxilar retruido, mandíbula protruida Quirós (1993 p. 20)

#### **2.2.2.4 Análisis cefalométrico**

Antes de centrar la atención en las estructuras dentarias es necesario evaluar los elementos que forman la composición facial mediante un análisis cefalométrico el cual (Torres 2003) define como “técnica estandarizada, que permite medir el cráneo, la cara, los maxilares, la posición dentaria y el tejido blando de la cara en sus zonas de la frente, nariz, labios y mentón. Se utiliza una radiografía lateral”

El Análisis cefalométrico según la UCV está formado por una serie de ángulos y estructuras anatómicas a utilizar en la cefalometría seleccionados de diferentes autores. A continuación, se demuestran los puntos, planos y ángulos los cuales deben ser localizados en la radiografía cefálica para obtener un diagnóstico.

Estructuras anatómicas:

-Silla turca (S): ubicación: punto medio de la fosa pituitaria o silla turca, representa el punto medio de la base del cráneo

-Nasion (N): ubicación punto más anterior de la sutura frontonasal. Es el sitio más profundo por encima de la nariz

-Subespinal(A): ubicación: punto más profundo del borde anterior del maxilar superior

-Mentoniano (M): Ubicación: es el punto más inferior de la sínfisis mentoniana

-Gonion(Go): Ubicación: situado en la parte más externa e inferior del ángulo goniano hacia la porción inferior de la rama

Punto orbital (OR) ubicación: punto más inferior del reborde orbitario

-Porion (Po): ubicación: punto medio del borde superior del conducto auditivo externo, de difícil ubicación radiográfica por las superposiciones óseas

Planos:

-Plano Silla-Nasion (S-N): Este plano representa a la base craneal anterior, se traza uniando los puntos S Y N

- Plano mandibular (Plmn): Formado por la unión entre los puntos Go y M
- Plano de Frankfort (FH) se obtiene uniendo el Porion anatómico con el punto orbital

#### Ángulos

- Angulo SNA: ubica la posición del punto A o base apical del maxilar superior en sentido anteroposterior en relación a la base del cráneo. Valor normal  $82^\circ$ . Valores aumentados indican protusión maxilar, valores disminuidos indican retrusión maxilar
- Angulo SNB: Ubica la posición del punto B en sentido anteroposterior en relación a la base del cráneo, valor normal  $80^\circ$ . Valores aumentados indican protrusión mandibular y valores disminuidos indican retrusión mandibular
- Angulo ANB: diferencia entre SNA Y SNB. Valor normal  $2^\circ$ , la variación establece la relación del mentón con otras partes de la cara si esta aumentado representa retrognatismo, si esta disminuido el valor es negativo y tendremos un prognatismo
- Angulo plano mandibular SN: Representa la relación vertical de la mandíbula con la base del cráneo. Valor normal de  $32^\circ$ . Valores muy aumentados indican displasia vertical, valores disminuidos producen una cara corta, generalmente se dice que hay una rotación de la mandíbula hacia adelante, comúnmente asociada a una mordida profunda.

#### **2.2.2.5 Diagnostico**

Según Navarrete (2013) citó "(Profitt, Fields & Sarver, 2008, p. 130) definieron a las "maloclusiones" como una afección del desarrollo." (p 14), dicha afección de la oclusión no es producto de procesos patológicos sino a una moderada distorsión del desarrollo normal.

En algunos casos excepcionales se ha demostrado tener una causa específica aislada, pero existe un predominio de que las Maloclusiones son el resultado de la interacción de factores que influyen en el desarrollo y crecimiento, las maloclusiones

se pueden dividir en maloclusiones en plano vertical, maloclusiones en plano sagital y maloclusiones en plano transversal

De acuerdo a Navarrete, Gramal (2014) que cito “(Barbería, Boj, García &Mendoza, 2002, p.31), está la mordida profunda, cuando los incisivos superiores recubren completamente la superficie vestibular de los inferiores” (p.19)

Sobre la maloclusión en el plano transversal explica Navarrete, Gramal (2014) que citó “(Koch & Poulsen, 2011, p.217), la mordida cruzada posterior unilateral caracterizada por un maxilar angosto y simétrico en la que contactan cúspide con cúspide los molares pero para obtener estabilidad al ocluir, la mandíbula se desplaza hacia uno de los lados” por otro lado la mordida cruzada posterior bilateral se produce cuando el maxilar es muy estrecho y la arcada inferior está contenida en la superior (p.19)

### **2.3 Bases legales**

Según el Código de Deontología Odontológica (1992) en su Título I y Capítulo Primero De los Deberes Generales de los Odontólogos explica:

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo (p.2)

En el Título III de Capítulo Primero Del Secreto Profesional. Se expone:

Artículo 51º: El Secreto Profesional es un deber inherente a la esencia misma de la profesión. Se establece para la seguridad de los pacientes, el honor y la responsabilidad del Profesional de la Odontología y la dignidad de la ciencia. El Profesional de la Odontología y todo el personal de auxiliares están en la obligación de conservar como secreto todo lo lícito que vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión. El secreto puede ser explícito o textualmente confiado por el paciente, y también implícito como consecuencia de las relaciones con pacientes. En

ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley. (p.6)

En el Capítulo Segundo De las Historias Clínicas dice:

Artículo 57º: Para los efectos de este Código la historia clínica comprende: a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el paciente. b. Las aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c. Las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieren, de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente. d. La documentación relativa, a las explotaciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos, informes, etc.

Artículo 62º: El Odontólogo que desea hacer un trabajo de investigación, comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a pacientes, procedimientos o regímenes odontológicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, deberá presentar su plan de trabajo al Odontólogo-jefe responsable de aquella dependencia y solicitar autorización. Es deber del Odontólogo-jefe otorgar la autorización, siempre que considere que el propósito no perjudicará física o mentalmente a los pacientes o alterará la disciplina de dichas dependencias. Tanto el Odontólogo investigador, como el Odontólogo-jefe podrían acudir al Instituto de Investigaciones de cualquier Universidad Nacional como apoyo a la argumentación, o como árbitro si hubiere discrepancia. (p.7)

En el Capítulo Tercero De las Publicaciones Científicas dice:

Artículo 90º: Todo Odontólogo está en el deber de comunicar y discutir los resultados de sus experiencias científicas, dentro del ámbito de las instituciones de profesionales del campo de la salud, y de solicitar,

siempre que cumplan con los principios del método científico, su divulgación en las publicaciones periódicas correspondientes.

Toda discrepancia debe ser discutida por dichos ambientes, a objeto de evitar que su difusión pública pueda provocar errores de interpretación, confusión de ideas, desconfianza sobre determinados regímenes, alarma no justificada sobre difusión de enfermedades o sobre el empleo de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos.(p.9)

### **2.3 Definición de términos básicos:**

Guerra María E., Mujica, C. y otros (1999) definió “**Amamantamiento:** Función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente que consiste en la obtención de leche directamente de la glándula mamaria por parte del lactante. Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos; por medio del cual el niño se alimenta” (p.1)

Okeson (2003) definió “**Articulación temporomandibular:** Es área en la que se produce la conexión craneomandibular (ATM). La ATM está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa” (p.8)

Rodríguez (2007) definió “**Deglución atípica:** llamada interposición lingual, se produce cuando el patrón de deglución infantil persiste luego de la erupción de los dientes anteriores”

Rodríguez (2007) definió “**Hábitos:** Son uno de los principales factores etiológicos causante de deformaciones dentoesceléticas, los cuales alteran el desarrollo normal del sistema estomatognático y una deformación ósea que va a tener una repercusión según la edad que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño”

Barroso (2011) definió “**Onicofagia:** Es el hábito de morderse (roer) o comerse en forma compulsiva las uñas de uno mismo.”

Barroso (2011) definió “**Queilofagia:** El mordisqueo de labios o carrillos, Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o

de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet.

Rodríguez (2007) definió “**Respiración bucal**: Se produce es que, durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal”

Okeson (2003) definió “**Retrognatismos mandibulares**: Es una alteración potencialmente deformante de la cara donde la mandíbula, en sentido antero posterior, está anormalmente retrasada en relación con el maxilar superior”(p.89)

Okeson (2003) definió “**Sistema estomatognático**: Unidad funcional compuesta por los dientes, sus estructuras de soporte, la mandíbula y el maxilar, las atm, los músculos que participan directa o indirectamente en la masticación y los sistemas vasculares y nerviosos” (p.3)

## **2.4 Hipótesis**

Arias (1999) cito a Pardini (1991). El cual explica que: "Hipótesis es una proposición enunciada para responder tentativamente a un problema." (p. 151).

La lactancia artificial puede tener relación con la formación de maloclusiones en los pacientes de la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I Y II que asisten a la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1.

## **2.5 Operacionalización de variables**

Arias (1999) se define como: “Una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios. Un sistema de variables consiste, por lo tanto, en una serie de características por estudiar definidas de manera operacional, es decir, en función de sus indicadores o unidades de medida.”

**Ver anexo A**

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Sobre el tipo de estudio, Arias (1999) citó Canales (1996) el cual señala: “Hay diferentes tipos de investigación, los cuales se clasifican según distintos criterios...” (p. 53).

Con respecto al estudio de campo, Arias (1999) señala: “Consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.”(p. 21.)

Esta investigación está construida bajo un estudio de campo debido a que toda la información recopilada de los casos estudiados va a ser necesaria con el fin de determinar la relación entre el tipo de lactancia artificial para el desarrollo de maloclusiones que esta podría traer a los pacientes de la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II que asisten a la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.

#### **3.2 Diseño de la investigación**

En este orden de idea, Arias (1999) señala que “El diseño de investigación es la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado” (p.20)

En relación al diseño de investigación que se aplico está constituido por un diseño de tipo no experimental. Aplica a la modalidad descriptiva debido a que está orientado hacia la medición de variables independientes propuestas y así demostrar la relación existente entre la lactancia artificial y su influencia en el desarrollo de maloclusiones, observando los sucesos de esta problemática para ser interpretado objetivamente.

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población**

Arias (1999) cito Morles, (1994) “La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan: a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación”. (p. 17)

En esta investigación la población estuvo representada por los pacientes de la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo electivo 2017-1 de la Universidad José Antonio Páez localizada en San Diego, estado Carabobo, correspondiente a 144 pacientes

#### **3.3.2 Muestra**

Arias (1999) cito a Morles, (1994), donde señala que la muestra es un “subconjunto representativo de un universo o población.” (p.54)

La presente investigación estuvo constituida por los pacientes que asistieron a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo electivo 2017-1 de la Universidad José Antonio Páez localizada en San Diego, estado Carabobo, La misma estuvo comprendida por 20 pacientes.

Criterio de selección de muestra:

Criterio de inclusión:

- Pacientes que presentaban dentición mixta
- Pacientes que presentaron lactancia artificial exclusiva
- Pacientes que presentaron los 2 tipos de lactancia, pero con prevalencia de lactancia artificial

### **3.4 Técnica e Instrumento de recolección de datos**

En tal sentido, Arias (1999) señala que “Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información.” (p.25)

Según Arias (1999) define: “Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información.” (p.25)

Se usó como técnica la observación, y como instrumento de recolección de datos las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo electivo 2017-1 de la Universidad José Antonio Páez localizada en San Diego, Estado Carabobo, para obtener solo los datos necesarios de las historias se elaboró una hoja de registro con el objetivo de satisfacer las variables propuestas y sus indicadores respectivos. **Ver anexo B**

### **3.5 Procedimiento**

### **3.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos en la revisión de historia de los pacientes que asistieron a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia dentofacial I y II en el periodo electivo 2017-1 de la Universidad José Antonio Páez localizada en San Diego, Estado Carabobo fueron depositados en una hoja de registro elaborados previamente con este fin para luego ser depositada en una tabla matriz.

Para el procesamiento y análisis de dichos resultados se realizó utilizando el programa Office Excel 2012, y en cuando al análisis estadístico de datos se procedió a calcular el porcentaje de los datos depositados en dicha tabla.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Tablas descriptivas

Ítems N° 1 y 2: Lactancia tipo y tiempo

**Variable:** Lactancia

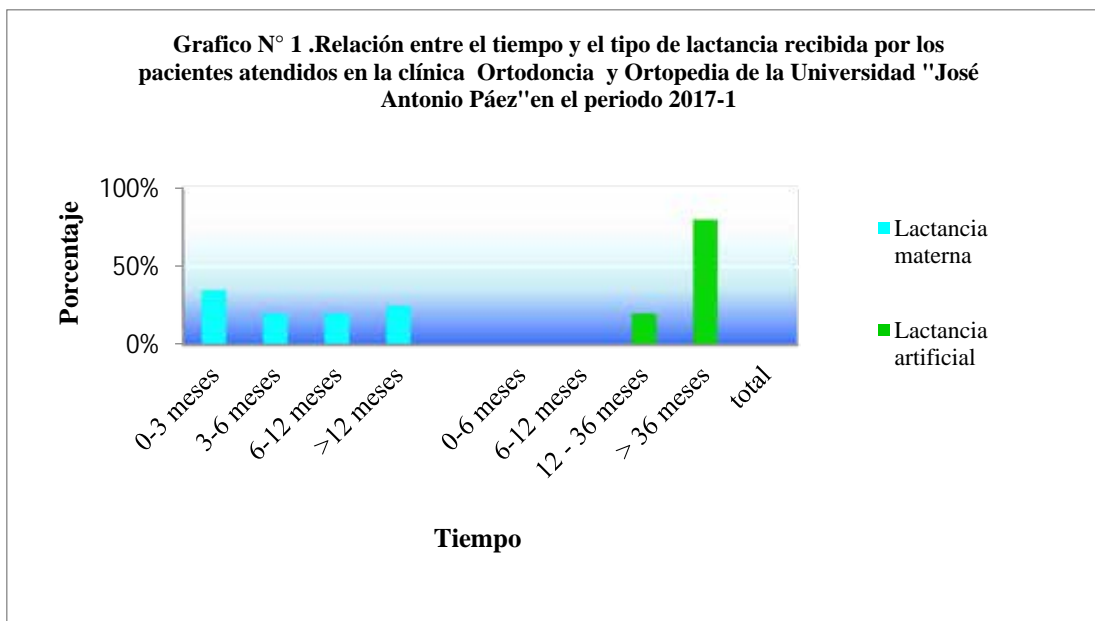
**Dimensión:** Tipo y Tiempo

**Tabla N°1 Relación entre el tiempo y el tipo de lactancia recibida por los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1**

Lactancia					
Materna			Artificial		
Tiempo	N° de px	%	Tiempo	N° de px	%
<b>0-3 meses</b>	7	35%	0-6 meses	0	0%
<b>3-6 meses</b>	4	20%	6-12 meses	0	0%
<b>6-12 meses</b>	4	20%	12 - 36 meses	4	20%
<b>&gt;12 meses</b>	5	25%	> 36 meses	16	80%
<b>Total:</b>	20	100%	<b>Total:</b>	20	100%

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N° 1 .Relación entre el tiempo y el tipo de lactancia recibida por los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** El tipo de lactancia recibida y el tiempo durante el cual la recibieron tienen gran influencia sobre el desarrollo muscular y esquelético, se pudo observar que 80% de los pacientes en el estudio recibieron lactancia artificial por un tiempo mayor a los 36 meses, un 20% por un tiempo del 12 a 36 meses, mientras que los pacientes que recibieron lactancia materna por un tiempo de 0 a 3 meses representaron un 35%, de 3 a 6 meses un 20%, de 6 a 12 meses un 20% y por un tiempo mayor a 12 meses un 25%. Comparando estos resultados con el estudio de Navarrete, Gramal (2014) citó (MENDOZA, 2008) donde los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tuvieron mejor oclusión en más del 78% y maloclusiones en apenas el 22%. Sin embargo el 32% que lactó biberón tuvo más del 70% de maloclusiones.

De acuerdo al tiempo de lactancia el estudio realizado por Navarrete, Gramal (2014) donde 76.8% de pacientes amamantados por mayor tiempo (más de 12 meses de edad) tiene mejor relación oclusal en 51.7%, mientras que los niños que fueron alimentados con lactancia materna menos tiempo (menos de 12 meses de edad) tuvieron 9.4% de oclusión normal. Por lo tanto la influencia que tuvo un mayor tiempo de lactancia materna sobre la mejor oclusión y menor presencia de maloclusiones.

Por lo tanto ya sabiendo que tanto el tiempo y el tipo de alimentación fueron factores que influyen a el desarrollo de maloclusiones se puede concluir que el hecho de haber sido alimentado con lactancia artificial a un tiempo mayor de 36 meses el paciente es propenso al el desarrollo de alguna maloclusión ya que 12 meses y el uso de lactancia materna son la clave para una oclusión normal

### Ítems N° 3 Características clínicas

**Variable:** Maloclusión

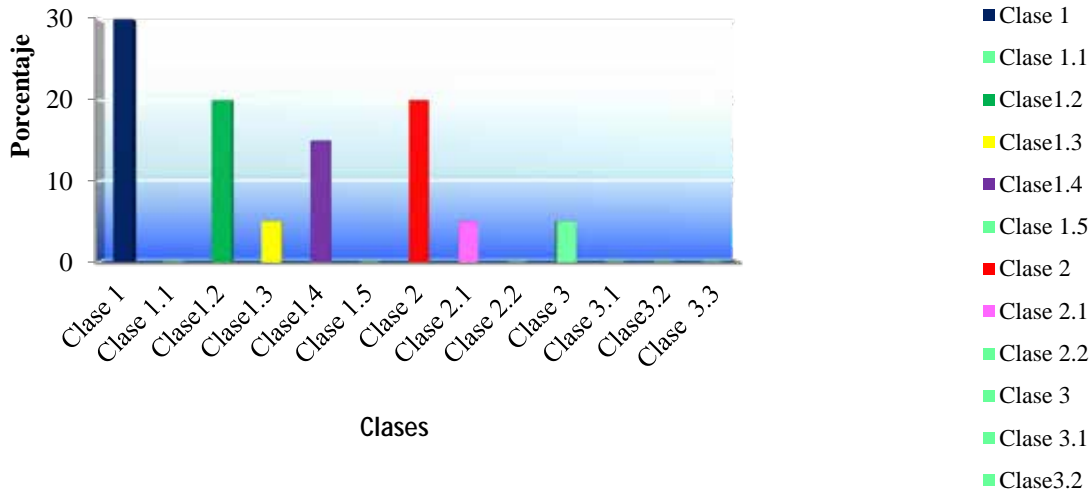
**Dimensión:** Características clínicas

**Tabla N°2. Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad “José Antonio Páez” en el periodo 2017-1**

Características clínicas		
Clasificación de Angle modificada por Dewey-Anderson	N° de px	%
Clase 1	6	30
Clase 1.1	0	0
Clase 1.2	4	20
Clase 1.3	1	5
Clase 1.4	3	15
Clase 1.5	0	0
Clase 2	4	20
Clase 2.1	1	5
Clase 2.2	0	0
Clase 3	1	5
Clase 3.1	0	0
Clase 3.2	0	0
Clase 3.3	0	0
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N° 2 : Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Univesidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** La población presento en su mayoría ser clase I contando con un 30%, clase 1.2 demostró estar presente en 20%, clase 1.3 resulto 5%, clase 1.4 fue de 15%, clase II contó con 20%, para la clase 2.1 un 5% y clase III con 5%. Según el aporte de Navarrete (2013) citó “(Murrieta et al, 2007, p.1) en su estudio determinaron la prevalencia de maloclusiones se encontró a la Clase I de Angle como más frecuente (72,8%), resultando cinco y siete veces mayor que las Clases II y III.” (p.16) por otro lado También (Medina, 2010, p.1), mantuvo en su investigación acerca de las alteraciones dentales, que la prevalencia estuvo entre un 62,66% para la clase I, el 26,30% para la clase II y el 15,75% para la clase III, es decir todos tuvieron algún tipo de maloclusión de acuerdo a la clasificación de Angle. Al realizar la comparación de dichos trabajos de investigación se encuentra una afinidad entre los resultados demostrando así de que predomina la clase I de Angle.

**Tabla N°3. Tipo de perfil predominante en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1**

Perfil	N° de px	%
Recto	2	10
Cóncavo	1	5
Convexo	17	85
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N 3° Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clinica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** La mayoría de los pacientes presentaron un perfil convexo, representado un 85% de la muestra en estudio, mientras que 10% presentaron un perfil recto y tan solo 5% presentaron perfil cóncavo. Según el aporte de Rondón, Zambrano, Guerra, (2012) que cito Blanco, L & Cols. (1999) “En su estudio, realizado sobre 122 preescolares de Caracas, establecen una relación entre un periodo de amamantamiento menor de 6 meses, presencia de relación molar distal (distoclusión), perfil convexo y hábitos viciosos de succión y de deglución”, La presente investigación, se parece en cierta manera a las anterior porque se encontró l

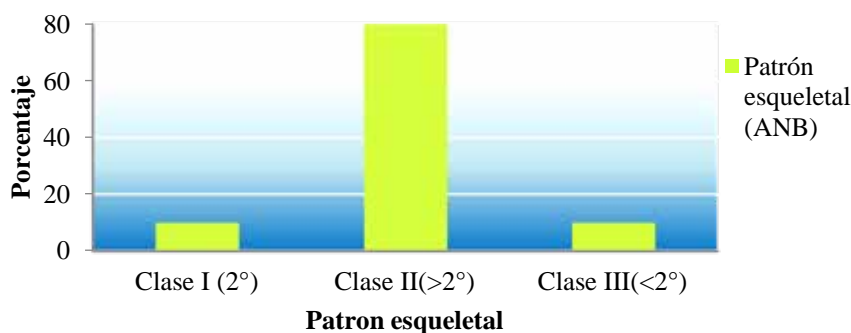
que afirma que existe un mayor porcentaje los pacientes que tienen un perfil convexo y son los que predominan,

**Tabla N°4. Patrón esquelético predominante en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1**

Patrón esquelético (ANB)	N° de px	%
Clase I ( $2^\circ$ )	2	10
Clase II ( $>2^\circ$ )	16	80
Clase III ( $<2^\circ$ )	2	10
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N°4: Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** El 80% de los pacientes en estudio presentaron una clase II esquelética, 10% presentaron clase I, al igual que solo 10% presentaron clase III. Según el aporte de Rondón, Zambrano, Guerra, (2012) que cito Blanco, L & Cols. (1999) en un estudio donde se determinaron los efectos de la lactancia sobre el desarrollo normal del maxilar inferior. Se obtuvo como resultado de la investigación, que un niño promedio que no recibió lactancia materna de su madre por más de 3

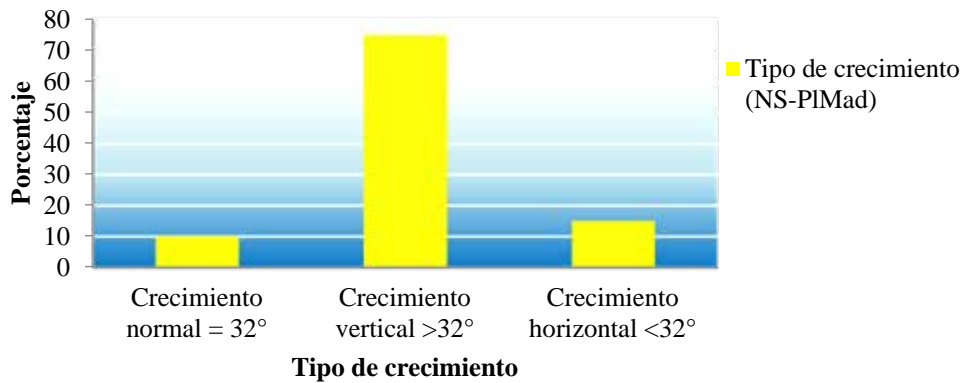
días después del parto, tiene 2,46 veces más riesgo de tener una relación esquelética clase II que otro que sí recibió.

**Tabla N°5. Tipo de crecimiento predominante en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1**

Tipo de crecimiento (NS-PIMad)	N° de px	%
Crecimiento normal = 32°	2	10
Crecimiento vertical >32°	15	75
Crecimiento horizontal <32°	3	15
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N°5 : Características clínicas predominantes en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia en la Universidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** La población presento en su mayoría un crecimiento vertical, siendo este representado por el 75%, crecimiento horizontal el 15%, y crecimiento normal solo el 10%. Carrillo (2008) citó Sánchez-Mollins quien en su estudio comparativo

entre tipos de lactancia y crecimiento craneofacial concluyó que la lactancia materna favorece un correcto desarrollo orofacial, encontrando cambios dentales esqueléticos y estéticos entre los individuos que recibieron lactancia materna y aquellos que sólo recibieron lactancia artificial.

#### Ítems N°4 Diagnóstico Definitivo

**Variable:** Maloclusión

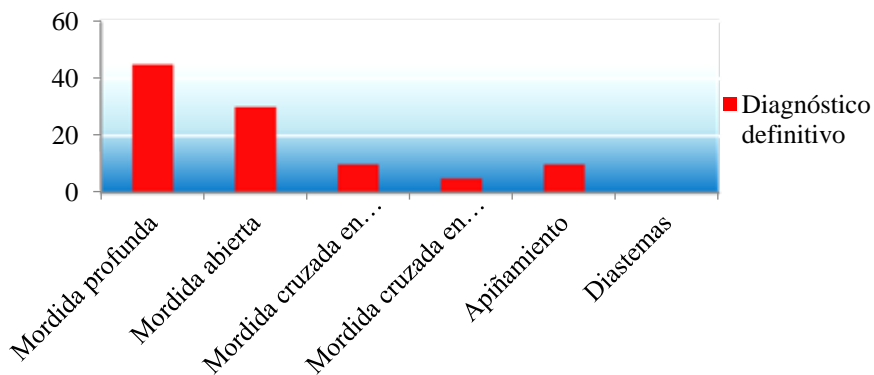
**Dimensión:** Diagnóstico definitivo

**Tabla N°3. Diagnósticos definitivos en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1**

<b>Diagnóstico definitivo</b>		
<b>Diagnostico</b>	<b>N° de px</b>	<b>%</b>
<b>Mordida profunda</b>	9	45
<b>Mordida abierta</b>	6	30
<b>Mordida cruzada en posterior</b>	2	10
<b>Mordida cruzada en anterior</b>	1	5
<b>Apiñamiento</b>	2	10
<b>Diastemas</b>	0	0
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)

**Grafico N° 6: Diagnósticos definitivos en los pacientes atendidos en la clínica Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad "José Antonio Páez" en el periodo 2017-1**



**Análisis:** Como diagnóstico definitivo se obtuvo que el 45 % de la población presentaban mordida profunda, el 30% mordida abierta, 10% mordida cruzada en posterior, 10% apiñamiento y solo 5% mordida cruzada en anterior. De acuerdo a Navarrete, Gramal (2014) que cito “(Barbería, Boj, García &Mendoza, 2002, p.31), está la mordida profunda, cuando los incisivos superiores recubren más de 3 mm o completamente la superficie vestibular de los inferiores” (p.19).

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

Luego de analizados los resultados de la investigación planteada, y a partir de las interpretaciones hechas con bases a una reflexión sobre la información obtenida, se concluir que:

-La lactancia artificial se hizo más evidente, en los pacientes en estudio, por un tiempo mayor a los 36 meses. El biberón es el tipo de alimentación usado en la actualidad mayormente la cual satisface las necesidades nutritivas del niño, pero no produce la excitación neuromuscular del aparato masticatorio. Esta es necesaria para obtener el desarrollo previsto genéticamente.

- Al verificar las características clínicas, se obtuvo que en el desarrollo mandibular, la mayoría de los pacientes tienen un perfil convexo lo indica que el maxilar superior se encuentra algo adelantado con respecto a la mandíbula y de esta manera forma un ángulo convexo con la punta de la nariz. Puede decirse que esto ocurre por falta de desarrollo en el maxilar inferior o que el maxilar superior ha crecido de manera desmedida. En cuanto al tipo de patrón esquelético de los pacientes se hizo más evidente el clase II esquelético lo que nos confirma lo anteriormente dicho ya que indica que el maxilar está en buena posición y la mandíbula retruida o el maxilar protruido y la mandíbula en buena posición o retruida. La mayor cantidad de pacientes presentó un crecimiento vertical aumentado, este es medido por el ángulo plano mandibular su valor normal es de 32°, valores muy aumentados indican displasia vertical.

- El tipo de mordida más prevalente en los pacientes fue la mordida profunda este tipo de mordida es causada por una combinación de problemas esqueléticos musculares y dentales, los pacientes presentan una clase II esquelético, lo que sustenta los resultados anteriormente expuestos. También se obtuvo una gran cantidad de

pacientes con mordida abierta, la mordida abierta se debe en la mayoría de casos, a los hábitos tales como la succión no nutritiva como puede ser la succión digital o el uso de la mamila y chupetes.

Como conclusión final se puede decir que la lactancia artificial si tiene relación con el desarrollo de maloclusiones ya que el uso de biberón no favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar superior a una posición medial, este proceso es llamado el primer avance fisiológico de la oclusión. Por ello, no se produce un desarrollo funcional que estimule el crecimiento normal del maxilar y la mandíbula, con la acción normal de labios y lengua.

## **5.2 Recomendaciones**

-Realizar otros estudios similares en el país, que muestren las alteraciones oclusales más incidentes encontrados de acuerdo al tiempo, tipo de lactancia y lugar de procedencia . Esta información será complementaria a la presente investigación.

-Analizar con otros estudios similares que tengan mayor número de muestras para que sus resultados sean más significativos, y avalen la información de la presente investigación.

-Implementar en la clinica de Ortodoncia y Ortopedia I Y II charlas instructivas, folletos ilustrados a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, la forma correcta de amamantamiento, el tiempo máximo y mínimo de lactancia materna, los riesgos que llevan una lactancia mixta y una artificial exclusiva, enfocándose en la salud bucodental del niño ya que su correcto desarrollo involucra no solo el bienestar físico y emocional, sino también un bienestar económico en un país en vías de desarrollo.

## REFERENCIAS

Arias, Fideas (1990). "El Proyecto de investigación, guía para su elaboración" (3era ed) Oriol Caracas

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (2001) Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (10) ). [En línea] Consultado el día 1 de Agosto del 2017 [http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf)

Barroso R. Simón M.C. (2011). Ortodoncia. Temas para Tecnología de la Salud. Ciencias Médicas: Habana

Benítez, Lisyomar. Calvo, Liliana. Quirós, Oscar. Maza, Patricia. D Jurisic, Aura Alcedo, Carolina. Fuenmayor, Dorathis. (2009). Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatria, 11(8). [En línea] Consultado el día 1 de Agosto del 2017 . <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-20/>.

Carrillo, Cyntia. (2008). Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos. Trabajo de grado no publicado. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. [En línea] Consultado el día 10 de Agosto del 2017 [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2177/1/Carrillo\\_ec.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2177/1/Carrillo_ec.pdf)

Cigüeñas, Edith (2013). Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. Trabajo de grado no publicado. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. [En línea]. Consultado el día 11 de Agosto del 2017. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3080/3/Cigue%C3%B1as\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3080/3/Cigue%C3%B1as_re.pdf)

Guillén, Celso. Benavente, Lourdes., Gonzáles,Javier .Chein, Sylvia. (2004). Beneficios de la leche y lactancia materna como factor importante del crecimiento y desarrollo del niño y su relación con el órgano de la boca. Revista científica odontología sanmarquina, 8, (1) ,46-50. .[En línea].Consultado el día 15 de julio del 2017.

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/3383/4556>

Kammann,. María Alexandra. Quirós Oscar.(2013) Análisis facial en ortodoncia interceptiva .Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatria.[En línea] Consultado el día 21 de Septiembre del 2017.  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19/>

Martínez Padrón M., Conde Suárez H., Trenzado Rodríguez NB.(2008) Lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes.Revista médica electrónica 30 (1)

Morales,Mariana, Stabile Del Vecchio,Rosa. (2014) Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones: estudio transversal, Universidad Javeriana. Lima [En línea].Consultado el día 13 de junio del 2017

[http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo3371.file:///C:/Users/Marilen%20Morantes/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLaLactanciaMaternaEnLaAparicionDeHabit-5236043%20\(3\).pdf](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo3371.file:///C:/Users/Marilen%20Morantes/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLaLactanciaMaternaEnLaAparicionDeHabit-5236043%20(3).pdf)

Morales,Mariana., Stabile-Del Vechio, Rosa. Vargas S., Vasconcelos R. (2009). Relación existente entre el tiempo de lactancia materna y el desarrollo de hábitos orales parafuncionales en una muestra de niños venezolanos. 17(3). [En línea].Consultado el día 14 de junio del 2017 .

[http://www.odontologiapediatrica.com/documentos/revistas/articulos/147\\_original2-3.09.pdf](http://www.odontologiapediatrica.com/documentos/revistas/articulos/147_original2-3.09.pdf)

Navarrete Gramal (2014) Estudio de la relación entre lactancia y presencia de maloclusiones en preescolares de 3-5 años de edad de la parroquia Miguel Egas Cabezas del cantón Otavalo. Universidad Central de Ecuador. Trabajo de grado publicado. [En línea]. Consultado el día 14 de junio del 2017 <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ODONTOLOGIA/article/view/67/66>

Okeson, Jeffrey. (2003). Oclusión y Afecciones Temporomandibular (5ta. Ed) Mosby Co: Madrid

Pérez, Elaine. Guillén, Javier (2011). Lactancia materna y su importancia para evitar la aparición de anomalías dentomaxilofaciales. Revista 16 de abril [En línea]. Consultado el día 16 de Agosto del 2017. [http://www.16deabril.sld.cu/rev/243/lactancia\\_materna.html](http://www.16deabril.sld.cu/rev/243/lactancia_materna.html)

Quiros, Oscar (2012). Haciendo facil la ortodoncia. Caracas : Actualidades de medicos odontologicas latinoamericas C.A

Rodríguez, Esequiel. Casada, Rogelio. (2007). 1001 tips en Ortodoncia y sus secretos. Caracas : Amolca

Roble GD. (2003). SOS Respirador bucal: una visión funcional y clínica de la lactancia. 1ª ed. Lovise São Paulo (SP) [En línea] Consultado el día 19 de agosto del 2017

Rondón, R., Zambrano, G., Guerra, Maria. (2012). Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatria. [En línea] Consultado el día 2 de Julio del 2017. <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/6414/1/2012%202-2%20Relacion%20entre%20el%20periodo%20de%20lactancia%20materna.pdf>

Rondón, R., Zambrano, G., Guerra, M. (2012). Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máximo-Facial: Revisión de la literatura latinoamericana .Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatria.[En línea] Consultado el día 2 de Julio del 2017. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-19/>

Torres, M (2003) Analisis cefalometrico basico de la UCV,Universidad Central de Venezulea Caracas [En Linea]consultado el 17 de septiembre del 2017 <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/5070/1/analisis%20cefalometrico%20basico.pdf>

## **ANEXOS**

**ANEXO A**

OBJ. GENERAL	VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR					ITEMS	INSTRUMENTO		
Comprobar la relación entre lactancia artificial y maloclusiones en pacientes que asisten a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia dentofacial I y II semestre Universidad José Antonio Páez en el periodo 2017-1.	Variable independiente										<b>Hoja de registro</b>	
	Lactancia	Período de vida en el que el niño se alimenta de leche	Tipo	Materna					1			
				Artificial								
	Lactancia	Período de vida en el que el niño se alimenta de leche	Tiempo	Materna	0 - 3m	3 - 6m	6-12m	> 12m	2			
				Artificial	0- 6m	6-12	12- 36m	> 36m				
	Variable dependiente											
	Maloclusión	Alteración del sistema estomatognático	Características clínicas	Clasificación de Angle	1	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5		3
					2	2.1		2.2				
					3	3.1	3.2	3.3				
				Perfil	Recto							
					Cóncavo							
					Convexo							
Patrón esquelético (ANB)				Clase I (2°)								
				Clase II (>2°)								
				Clase III (<2°)								
Tipo de crecimiento NS-PIMand				Crecimiento normal (= 32°)								
	Crecimiento vertical (>32°)											
	Crecimiento horizontal (<32°)											
Diagnóstico definitivo	Mordida profunda					4						
	Mordida Abierta											
	Mordida cruzada posterior											
	Mordida cruzada anterior											
	Apiñamiento											
	Diastemas											

Fuente: Morantes, Sanabria (2017)



