

Medicent Electrón. 2016 abr.-jun.;20(2)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 «DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ»
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

Maduración de la deglución en niños de dos a cinco años y sus hábitos alimenticios

Mature deglutition in children aged 2 to 5 years and their eating habits

MSc. Dra. Dania Santos Prieto¹, Dra. Quynh Mai Thu², Dra. C. Olga Lidia Véliz Concepción³,
 Dr. C. Ricardo Grau Ábalo⁴, MSc. Dr. Lázaro Hurtado Aguilar⁵

1. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia y de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: daniasp@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Doctora en Ciencias Estomatológicas. Máster en Educación Médica. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: olgavc@ucm.vcl.sld.cu
4. Doctor en Ciencias. Profesor Titular de Informática Médica y Bioestadística. Universidad Central Marta Abreu. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
5. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Docente Estomatológica Victoria de Santa Clara. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Introducción: en Cuba es escaso el conocimiento sobre el patrón de maduración de la deglución y la influencia de los hábitos alimenticios.

Objetivo: caracterizar el patrón de maduración de la deglución en niños de dos a cinco años de edad.

Métodos: se realizó un estudio analítico-transversal en 100 niños que pertenecen a los consultorios atendidos en la Facultad de Estomatología de Villa Clara, desde marzo de 2012 hasta abril de 2014. Se analizó el patrón de maduración de la deglución y los hábitos alimenticios asociados. Se utilizó una guía de observación de la deglución y una ficha para recolectar los datos. En el procesamiento estadístico, se utilizaron tablas de contingencia: mediante la prueba exacta de Fisher y la V de Cramer como medida de la fortaleza de la asociación y estimaciones del riesgo relativo de inmadurez en la deglución. Se brindaron estadísticos descriptivos de la tendencia media y su variabilidad. La prueba de Mann-Whitney se utilizó para comparar si existía madurez o no. Se consideró el consentimiento informado y la ética médica.

Resultados: se observó una deglución madura en 24 niños e inmadura en 76. Existieron influencias significativas entre la maduración de la deglución con el tiempo de la lactancia materna,

104

el tiempo de introducción de la ablactación (0,055) y la consistencia de los alimentos (0,000).
Conclusiones: predominó el tipo de deglución inmadura. El tiempo de la lactancia materna, el tiempo de introducción de la ablactación y la consistencia de los alimentos influyeron en la maduración.

DeCS: deglución, hábitos alimenticios, sistema estomatognático/crecimiento & desarrollo.

ABSTRACT

Introduction: in Cuba, there is a lack of knowledge about mature deglutition pattern and the influence on eating habits.

Objective: to characterize mature deglutition pattern in children aged 2 to 5 years.

Methods: a transversal analytical study was carried out in 100 children belonging to medical offices from the Dentistry Faculty of Villa Clara province between March, 2012 and April, 2014. Mature deglutition pattern and associated eating habits were analyzed. An observation guide of swallowing and a data sheet were used. Contingency tables were used in the statistical processing by means of Fisher's exact test and Cramer's V test as a measure of strength of association and relative risk estimates of deglutition. Descriptive statistics of median tendency and its variability were provided. Mann-Whitney test was used to compare if maturity exists or not. Informed consent and medical ethics were also considered.

Results: mature deglutition was observed in 24 children and immature deglutition in 76 of them. Significant influences exist among mature deglutition, breastfeeding time, time of introduction of weaning (0,055) and consistency of foods (0,000).

Conclusions: immature deglutition predominated. Breastfeeding time, time of introduction of weaning and consistence of foods had an effect on maturation.

DeCS: deglutition, food habits, stomatognathic system/growth & development.

INTRODUCCIÓN

La supervivencia del sistema estomatognático (SE) depende de la integridad de cada una de sus partes; su forma resulta influenciada por el desarrollo de la musculatura bucofacial cuando se realizan las funciones bucofaríngeas: respiración, masticación, deglución y fonación, principalmente.¹

En los últimos años, muchos autores se han interesado en estudiar la deglución, por su importancia como función vital y como aspecto esencial en el crecimiento de los maxilares.

El ser humano normalmente deglute alrededor de nueve veces en un minuto de alimentación, a intervalos regulares. Existe un cálculo de frecuencia donde un individuo deglute 2 400 veces en un período de 24 horas, lo cual produce presiones altas y frecuentes. Además, existen evidencias de que la frecuencia del movimiento en el número de degluciones es mayor en niños que en adultos. Esta actividad lingual representa un estímulo adecuado para el crecimiento armónico de los maxilares.²

La deglución está presente desde la octava semana de la gestación como un reflejo. En los primeros meses de vida, el niño desarrolla una deglución infantil. Una vez brotados los primeros molares, se inician los verdaderos movimientos masticatorios y comienza el aprendizaje de la deglución madura.³

Algunos autores, como Waleska Álvarez y colaboradores,⁴ exponen en su estudio que entre los cuatro y seis meses de edad aparece la primera maduración relacionada con un cambio en la posición que adopta la lengua en la boca. Según estos autores, Morris y Klein postulan que entre los tres y seis meses de edad ocurren cambios en la anatomía y la fisiología de la cavidad bucal y la faringe; estos cambios consisten en un crecimiento de la mandíbula hacia abajo y adelante, y en la reabsorción de los cojinetes grasos de las mejillas, los cuales permiten un aumento del espacio

intrabucal; esto aumenta la actividad del cierre de los labios y contribuye ampliamente al cambio del patrón de movimiento de la lengua.⁴

Canut³ menciona que la deglución infantil se presenta a partir de la erupción dentaria hasta los 2 a 2,5 años de edad y que luego se produce un cambio en esta fase deglutoria. Lambertini y Chateau⁵ consideran que es a los tres años, y Morris, Chateau y Zambrana⁶ afirman que el proceso de transición puede considerarse completo alrededor de los 4 o 5 años de edad. Estos investigadores plantean que en ese período, durante la deglución, los dientes ya entran en oclusión, la estabilización de la mandíbula es realizada por la acción de los músculos inervados por el V par craneal y la punta de la lengua se posiciona por detrás de los labios.

Resulta evidente la diversidad de criterios acerca del proceso de la maduración de la deglución, por lo que su estudio se hace relevante.

Diferentes investigaciones internacionales y nacionales han reflejado que las alteraciones en la deglución se imbrican en la génesis de muchas maloclusiones, por lo que el conocimiento y control de la maduración de la deglución, desde las primeras etapas de la vida, constituye la base científica para poder influir en el desarrollo estructural y funcional adecuado del SE, hecho que facilita promover la salud y elevar la calidad de vida de los individuos.

El paradigma actual es considerar a la salud en su dimensión social, holística e integradora. El término salud bucal comprende las estructuras del sistema estomatognático, imprescindibles para la salud y el bienestar general del individuo.

En este sentido, se recomienda reorientar la salud bucal a través de estrategias más eficientes, justas y adecuadas a cada contexto, que prioricen la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.⁷

En Cuba, es escaso el conocimiento sobre el patrón de maduración de la deglución y la influencia de los hábitos de alimentación, por lo que se decidió caracterizar este patrón en niños de dos a cinco años de edad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, analítico y transversal. El universo de estudio estuvo constituido por 243 niños de los consultorios médicos de la familia del área de salud del policlínico «Chiqui Gómez Lubián», atendidos en la Facultad de Estomatología de Villa Clara, desde marzo del año 2012 hasta abril de 2014.

Se realizó un muestreo intencional por criterios y la muestra quedó constituida por 100 niños. Se incluyeron aquellos de dos a cinco años de edad con dentición temporal completa, cuyos padres mostraron su consentimiento a participar en el estudio. Fueron excluidos los que padecían discapacidad físico-mental o alteraciones congénitas que afectaban el normal crecimiento del sistema estomatognático. Los niños que cambiaron su lugar de residencia resultaron criterios de salida del estudio.

Para la recopilación de la información, se aplicó una ficha durante el examen clínico, que incluyó los hábitos alimenticios relacionados con la lactancia materna exclusiva, la ablactación y la consistencia de los alimentos.

Para analizar la maduración de la deglución, se utilizó la guía de observación de Albina Karen VS.⁸

Los datos fueron registrados en Microsoft Excel, luego importados al SPSS, versión 15 para Windows.

Se analizaron los hábitos de alimentación y su posible relación con la madurez de la deglución. Las variables cualitativas fueron resumidas en tablas de contingencia y fue empleada la prueba exacta de Fisher. Se añadió, en estos casos, la V de Cramer como medida de la fortaleza de la asociación, y también las estimaciones del riesgo relativo de inmadurez en la deglución. En el caso de variables ordinales con espectro amplio de medición –por ejemplo, la edad en meses, el tiempo de lactancia, el tiempo en que inicia la ablactación, entre otros–, se brindaron estadísticos descriptivos de la tendencia media y su variabilidad. La comparación para investigar si existía madurez o no se realizó utilizando la prueba de Mann-Whitney.

Se trató de que las familias cooperaran con el estudio, después de haberles explicado a los padres o tutores que el examen consistía en una observación clínica, sin realizar ninguna maniobra que

constituyera riesgo para la salud de los niños. Para ello se contó con el consentimiento informado y se respetó la negativa de estos. Se realizaron, además, labores de educación sanitaria; aquellos niños que presentaron alteraciones fueron remitidos a los servicios estomatológicos para que recibieran la atención necesaria. Se garantizó que, al divulgar los resultados de la investigación, no se revelarían los datos personales de los examinados, que solo fueron utilizados por el personal responsable del estudio.

RESULTADOS

La tabla 1 mostró la posible relación entre la lactancia materna con la madurez de la deglución. Se observó que se logró una deglución madura en 24 niños, y en 76 no se alcanzó. Respecto a la práctica de la lactancia materna, predominó la deglución no madura en aquellos que no lactaban (90,0 %), pero ello no resultó significativo, pues apenas eran 11 infantes. Sin embargo, el tiempo de la lactancia materna (Tabla 2) mostró una influencia medianamente significativa (prueba de Mann-Whitney: 0,055). Se evidenció que los niños que alcanzaron madurez en la deglución tuvieron mayor tiempo de lactancia materna, con un valor de la mediana de 4,0 meses respecto a aquellos que presentaron deglución infantil (3,5 meses).

Tabla 1. Madurez de la deglución según la lactancia materna.

Lactancia materna		Madurez de la deglución		
		Sí	No	Total
Sí	Cantidad	23	66	89
	%	25,8 %	74,2 %	100,0 %
No	Cantidad	1	10	11
	%	9,1%	90,9%	100,0 %
Total	Cantidad	24	76	100
	%	24,0%	76,0%	100,0%

Significación de la prueba exacta de Fisher: 0,289. V de Cramer 0,123.
Riesgo relativo: 1,225 (IC: 0,980 - 1,534)

Tabla 2. Comparación de la madurez de la deglución según el tiempo de la lactancia materna.

Madurez de la deglución (No.)		Tiempo de lactancia materna (meses)
		Valor de la mediana
Sí	24	4,0
No	76	3,5
Total	100	-

Significación exacta de la prueba de Mann-Whitney: 0,055

Resultado similar mostró la tabla 3, donde se estableció una relación entre el tiempo en que empieza la ablactación del niño con la madurez en la deglución. La prueba de Mann-Whitney demostró que los niños que presentaban la deglución madura iniciaron la ablactación más tardíamente (5,50 meses).

Tabla 3. Comparación de la madurez de la deglución según el tiempo en que empieza la ablactación.

Madurez de la deglución (No.)		Tiempo en que empieza la ablactación (meses)
		Valor de la mediana
Sí	24	5,50
No	76	5,00
Total	100	-

Significación exacta de la prueba de Mann-Whitney: 0,055

La relación entre la consistencia de los alimentos con la madurez de la deglución (Tabla 4) reflejó una relación significativa según la prueba de Fisher (0,000 con riesgo relativo por dieta blanda de 4,242, en un intervalo de confianza de 1,948 a 9,236). Es evidente que la dieta blanda propició mayor tendencia a la inmadurez de la deglución, pues de 76 niños en total (76 %) que presentaron una deglución no madura, prevalecieron aquellos que consumieron una dieta de consistencia blanda (71 niños para un 92,2 %). En ningún caso se informó dieta líquida, solo el consumo de una dieta de consistencia blanda o fibrosa.

Tabla 4. Madurez de la deglución según la consistencia de los alimentos.

Consistencia de los alimentos		Madurez de la deglución		
		Sí	No	Total
Blanda	Cantidad	6	71	77
	%	7,8	92,2	100,0
Fibrosa	Cantidad	18	5	23
	%	78,3	21,7	100,0
Total	Cantidad	24	76	100
	%	24,0	76,0	100,0

Significación de la prueba exacta de Fisher: 0,000. V de Cramer: 0,694.
Riesgo por dieta blanda: 4,242 (IC: 1,948 – 9,23)

DISCUSIÓN

Con la práctica de la lactancia materna durante el acto de succionar el pecho de la madre, se sientan las bases para el desarrollo efectivo de las estructuras involucradas en la deglución, pues al mamar se establece una coordinación perfecta entre la succión y la deglución. Después de que se efectúan uno o dos movimientos de succión, la leche es deglutida al final de la inspiración o comienzo de la espiración. Durante la succión desarrollada con la lactancia materna, el infante comprime el pezón, eleva la mandíbula y la lengua, los labios y las mejillas se contraen, y la leche queda en el dorso de la lengua; asimismo, se produce un desplazamiento de la mandíbula hacia delante y atrás que origina una presión que empuja la leche al istmo de las fauces. Luego la lengua se eleva, se contraen sus músculos extrínsecos y el milohioideo hasta llevarla a la bucofaringe. Los músculos palatofaríngeos y palatoglosos, que componen los pilares de las fauces, se constriñen e impiden el retorno de la leche a la cavidad bucal. El paladar blando se eleva por la acción de los músculos del velo del paladar, cerrando la comunicación nasofaríngea, y comienza una serie de contracciones musculares que desplazan la leche al esófago: así ocurre la deglución.^{9,10} Rodríguez Yáñez y colaboradores¹¹ resaltan que la falta de amamantamiento en los niños conduce al desarrollo de una succión y deglución inadecuadas, lo que repercute en el desarrollo del SE del

recién nacido y causan alteraciones en la oclusión. Santos Prieto,¹² en Villa Clara, revela en su estudio resultados similares. Otros autores¹³ también concuerdan en que una de las causas de las alteraciones en la deglución es la alimentación artificial con el uso del biberón.

Proffit¹⁴ afirma que la maduración de la función bucal tiene un gradiente anteroposterior. Al nacer, los labios son relativamente maduros y permiten mamar con fuerza, mientras que las estructuras más posteriores son bastante inmaduras. Con el paso del tiempo, se requiere una mayor actividad de la parte posterior de la lengua y unos movimientos más complejos de las estructuras faríngeas. Los resultados mostrados en el estudio permiten inferir que, en el desarrollo de la función deglutoria, el tiempo de la lactancia materna influye de forma notoria. De hecho, se conoce que el establecimiento de los reflejos condicionados depende, no solo del desarrollo del sistema nervioso, sino también de la maduración alcanzada por los músculos implicados, según el tiempo que se emplea para su aprendizaje. Durante la práctica de la lactancia materna, se estimulan los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos y las articulaciones temporomandibulares, tan importantes para el buen funcionamiento del sistema estomatognático.¹⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan la lactancia materna exclusiva, como mínimo, durante los seis primeros meses de vida, con la introducción de los alimentos sólidos correspondientes a partir del sexto mes de vida del infante y no antes del cuarto.¹⁶

En Cuba, el esquema de ablactación vigente recomienda una lactancia materna exclusiva de cero a seis meses de vida del niño, y el comienzo de la introducción de los alimentos luego de los seis meses, por lo que la dieta del niño adquiere una complejidad de forma gradual. La introducción temprana de la alimentación complementaria puede implicar dificultades para la salud del niño, al no poseer este un adecuado desarrollo oral ni neuromuscular. Como parte de este proceso de inmadurez, el niño no ha adquirido las habilidades necesarias para una adecuada alimentación.¹⁷

¹⁸ Esto se comprueba en los resultados del estudio, donde se establece una relación entre el tiempo en que empieza la ablactación del niño y la madurez en la deglución.

El comportamiento entre la consistencia de los alimentos en relación con la madurez de la deglución que se evidenció en el estudio, asevera lo expuesto por Aurora Lázaro Almarza y Benjamín Martín Martínez¹⁹ cuando plantean que en el lactante sano la deglución temprana de alimentos sólidos es impedida por los movimientos de extrusión de la lengua, los cuales se extienden hasta el cuarto o el quinto mes de vida. Solo después de este período empiezan los primeros movimientos masticatorios y se producen cambios relacionados con el desplazamiento y enrollamiento de la lengua, el movimiento rotatorio de la mandíbula, el control de los labios y los ángulos de los labios que tiran activamente hacia adentro para ayudar a desplazar la comida. Estos cambios son necesarios para machacar los alimentos fibrosos y duros. Al mismo tiempo, se nota la maduración de la deglución con la elevación de la punta de la lengua. Por otra parte, la alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura peribucal, sitúa al niño en una etapa de deglución infantil y potencia, en consecuencia, la aparición de un aparato estomatológico inmaduro. Los resultados de esta investigación alertan sobre la necesidad de profundizar en las acciones de educación para la salud, que posibiliten adoptar técnicas educativas más eficaces para lograr cambios positivos sobre los hábitos alimenticios, que propicien un adecuado desarrollo funcional y estructural del SE y de todo el organismo en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pipa Vallejo A, Cuerpo García de los Reyes P, López-Arranz Monje E, González García M, Pipa Muñoz I, Acevedo Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av Odontostomatol [internet]. 2011 mayo-jun. [citado 30 jun. 2015];27(3):[aprox. 9 p.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000300004&lng=es
2. Martín Zadivar L, García Peláez S, Expósito Martín I, Estrada Verdeja V, Pérez Llanes Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Rev Arch Méd Camagüey

- [internet]. 2010 [citado 30 jun. 2015];4(6):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc210610.pdf>
3. Canut Brusola J. Exploración y patología periodontal. En: Ortodoncia clínica. Barcelona: Masson; 2005. p. 147-60.
 4. Álvarez MW, Jara EB, Lagos G. MF, Silva FS, Veloso AA. Patrones de deglución en un grupo de niños chilenos de 2,3 y 4 años [tesis]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina; 2007 [citado 17 abr. 2014]. Disponible en: http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiduKzNjN_JAhXCoYMKHQW3AJAQFghlMAg&url=http%3A%2F%2F repositorio.uchile.cl%2Ftesis%2Fchile%2F2007%2F Alvarez_w%2Fsources%2F Alvarez_w.pdf&usq=AFQjCNH-vXMB51wVtw_WZ60ucfJbiiU_g&sig2=e1VCj2I-tOKXZrqp32vpyw&bvm=bv.110151844.d.eWE
 5. Lambertini P, Chateau MA. A propos des succions déformantes. Origine, durée, signification, mécanismes, traitement. Act Odonto Stom. 1988; 163:589-602.
 6. Zambrana N, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Barcelona: Editorial Masson; 1998.
 7. Gisper Abréu E, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Intersectorialidad en el proceso de salud bucal. En: Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 159-69.
 8. Albina Karen VS. Evaluación de las características esqueléticas y dentales de pacientes deglutores atípicos según el patrón esquelético [tesis]. Lima-Perú: Universidad del Perú Facultad de Odontología; 2009.
 9. Sobral Costa T. Influencia de parámetros infantiles y hábitos orales en la oclusión de niños de 3 a 5 años de edad [tesis]. Granada: Universidad de Granada. Facultad de Odontología; 2011 [citado 18 jul. 2014]. Disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/19995362.pdf>
 10. Amador GM. Bases de la alimentación y la nutrición del niño sano. En: Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
 11. Rodríguez Yañez E, Casasa Araujo R, Natera AC. 1001 tips en Ortodoncia y sus secretos. Venezuela: Amolca; 2007.
 12. Santos Prieto D, Véliz Concepción OL, Quintero Fleites EJ, Grau Abalo R, Hurtado Aguilar L. Caracterización de la succión en el lactante según la rehabilitación neuro-oclusal. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2010 jul.-sep. [citado 30 jun. 2015];47(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000300005&lng=es
 13. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2012.
 14. Proffit William R. La maloclusión y la deformidad dentofacial en la sociedad actual. Etiología de los problemas ortodónticos. En: Ortodoncia contemporánea. España: Elsevier Mosby; 2008.
 15. Rodríguez Suárez S, González Ramos RM, Domínguez Santana L, Cabrera Cabrera D. Lactancia materna y hábitos bucales deformantes. Rev Cienc Méd Habana [internet]. 2014 [citado 11 nov. 2014];20(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/380/630>
 16. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Arch Méd Camagüey [internet]. 2010 mar.-abr. [citado 3 jul. 2014];14(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009&lng=es
 17. Hernández Fernández M. Ablactación. En: Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

18. Lie Concepción AE, Pérez Machado J, Correa López P. La ablactación precoz en lactantes del área de salud de Güines. Panorama Cuba y Salud [internet]. 2010 [citado 30 jun. 2015];5(4 Especial):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/265/pdf>
19. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano [internet]. España: Hospital Clínico de Zaragoza; 2010 [citado 30 jun. 2015]. Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf

Recibido: 24 de septiembre de 2015

Aprobado: 10 de diciembre de 2015

MSc. Dra. Dania Santos Prieto. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia y de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: daniasp@ucm.vcl.sld.cu