



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

“RELACIÓN ENTRE EL PLANO TERMINAL Y LOS TIPOS DE
LACTANCIA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UJCM, AÑO
2017”

PRESENTADA POR

MAYELI EMILY HUAMANI MAMANI

ASESOR

Mg. C.D. JAVIER ANACLETO MACHICAO CASTAÑÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

MOQUEGUA – PERÚ

2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página de Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenido	iv
Índice de Tablas y Figuras	vi
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I: El Problema de la Investigación	5
1.1. Definición del Problema	5
1.2. Objetivos de la investigación	5
1.3. Cuadro Operacionalización de Variables	6
1.4. Hipótesis de la Investigación	7
Capítulo II: El Marco Teórico	8
2.1. Antecedentes de la Investigación	8
2.2. Bases Teóricas	11
2.3. Marco Conceptual	19
Capítulo III: Método	21
3.1. Tipo de Investigación	21
3.2. Diseño de la Investigación	21
3.3. Población y Muestra	21
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	22
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	23

Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados	24
4.1. Presentación de Resultados	24
4.2. Contrastación de Hipótesis	31
4.3. Discusión de Resultados	32
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Bibliografía	38
Anexos	41

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1: Características de la población	24
Tabla 2: Plano terminal derecho	25
Tabla 3: Plano terminal izquierdo	26
Tabla 4: Plano terminal derecho relacionado al plano terminal izquierdo	27
Tabla 5: Tipos de lactancia	28
Tabla 6: Plano terminal derecho en relación al tipo de lactancia	29
Tabla 7: Plano terminal izquierdo en relación al tipo de lactancia	30

FIGURAS

Figura 1: Plano terminal con escalón mesial	13
Figura 2: Plano terminal con escalón distal	13
Figura 3: Plano terminal recto	13

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que como antecedente recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM durante el año 2017. El estudio es observacional, transversal, retrospectivo, categórico.

La muestra estuvo conformada por 128 Historias Clínicas de niños de 3 a 5 años de edad. Para la realización de este estudio se utilizó la técnica documental, en donde se recolectaron los datos de la Historias Clínicas archivadas en las libretas del curso de Odontopediatría Clínica I y Odontopediatría Clínica II, para luego plasmarlos en una ficha de recolección de datos. Los tipos de Plano Terminal según lo establecido por Nakata se dividieron en tres: Plano Terminal con Escalón Mesial, Plano Terminal con Escalón Distal y Plano Terminal Recto (1); así como también se tomó la clasificación de Gil para los tipos de Lactancia: Lactancia Materna, Lactancia Artificial, Lactancia Mixta (2).

Se procesaron los datos, dando como resultado que en el Plano Terminal tanto derecho como izquierdo, el que obtuvo mayor prevalencia fue el Plano Terminal con Escalón Mesial con un 80.5% y 75% respectivamente, mientras que en los tipos de lactancia, la más prevalente fue la Lactancia Mixta con un 68.7%. Al relacionar los tipos de lactancia con el Plano Terminal derecho e izquierdo, utilizando el Chi cuadrado de Pearson, nuestro p – valor resultó 0.002 y 0.000 respectivamente, lo cual los hace significativos, por lo tanto, existe relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que presentaron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM durante el año 2017.

Palabras clave: Plano Terminal, Tipos de lactancia, maloclusiones

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between the terminal plan and the types of breastfeeding as background for children aged 3 to 5 years treated at the JCMU Dental Clinic during 2017. The study is observational, transversal, retrospective, categorical.

The sample consisted of 128 clinical histories of children from 3 to 5 years old. In order to carry out the study, the documentary technique was used, where the data from the Clinical Histories filed in the notebooks of the Clinical Pediatric Dentistry and Clinical Pediatric Dentistry II course were collected, and then captured in a data collection form. The types of Terminal Plan as established by Nakata were divided into three: Terminal Plane with Mesial Step, Terminal Plane with Distal Step and Right Terminal Plane (1); as well as the classification of Gil for the types of Lactation: Breastfeeding, Artificial Breastfeeding, Mixed feeding (2).

The data were processed, resulting in that in the Terminal Plane, both right and left, the one with the highest prevalence was the Terminal Plane with Mesial Step with 80.5% and 75% respectively, while in the types of lactation, the most prevalent was the Mixed feeding with 68.7%. When relating the types of lactation with the right and left Terminal Plane, using the Pearson Chi square, our p - value was 0.002 and 0.000 respectively, which makes them significant, therefore, there is a relationship between the terminal plan and the types of lactation presented by children aged 3 to 5 years attended at the Dental Clinic of the JCMU during the year 2017.

Keywords: Terminal plane, Types of lactation, malocclusions.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es uno de los alimentos que asegura la prevención de muchas enfermedades y por lo tanto una base de la promoción de la salud (3); debido a múltiples circunstancias sociales, económicas, y sobre todo laborales; este proceso se realiza cada vez con menor regularidad, obligando a los padres a recurrir a otras alternativas para alimentar a sus hijos (4).

Para que el lactante pueda realizar un correcto amamantamiento es necesario que realice dos movimientos importantes: la succión y la deglución, ambas acciones permitirán que tanto el maxilar superior como la mandíbula puedan desarrollarse adecuadamente; en el recién nacido, la mandíbula se encuentra retraída 1 cm con respecto al maxilar superior, mientras vaya realizando un correcto amamantamiento la mandíbula avanzaría de 1 a 1.5 mm en los primeros días, al cabo de cuatro meses avanzaría 4.6 mm, hasta que alcance una posición ideal aproximadamente a los seis meses (5).

El correcto acto de mamar según diversos estudios se da en la lactancia materna ya que ésta exige un mayor uso de los músculos implicados, en comparación con la lactancia artificial en donde esa acción es mínima (6). Es por eso que diversos estudios alegan que el tipo de lactancia que presente el recién nacido podrá influir sobre la morfología definitiva de los maxilares y la oclusión dentaria (7).

Esta oclusión dentaria en niños se considera mediante tres aspectos: planos terminales, espaciamiento incisivo, espacios primates (8); diversos estudios nos presentan que el plano terminal que un niño posea, podrá predecir el tipo de maloclusión que tendrá en el futuro; dándonos como resultado lo siguiente: el plano terminal distal corresponderá a una Maloclusión Clase II, el plano terminal mesial será una Clase I, mientras que en dentición temporal no suele observarse un Plano Terminal acorde a una Clase III (9).

En una encuesta realizada por la OMS acerca de la Estética dental, se demostró que la prevalencia de maloclusiones es bastante alta (10), tanto así que después de la caries y enfermedad periodontal es la que mayor porcentaje presenta a nivel mundial (70%) considerándose así un problema de Salud Pública (11).

A nivel internacional un estudio en México determinó que la mayoría de pacientes que tuvieron lactancia materna por más de seis meses presentaron un plano terminal recto (12). Otro estudio en Ecuador demostró que un 60.1% de pacientes recibió lactancia materna exclusiva, de los cuales el 55.2% tuvo una oclusión normal y sólo el 4.9% una maloclusión leve, y un 39.9% recibió lactancia mixta, en donde el 5.9% tuvo oclusión normal, 15.8% maloclusión leve y 18.2% maloclusión moderada (13).

A nivel nacional, un estudio reciente en Chiclayo demostró que los niños que recibieron Lactancia Materna exclusiva y Lactancia Mixta presentaron un Plano Terminal Recto y con Escalón Mesial respectivamente (8). En Arequipa otro estudio demostró que de todos los niños evaluados un 57.8% recibió lactancia materna exclusiva y un 32.4% recibió lactancia mixta, y que el Plano Terminal con Escalón Mesial fue el más frecuente con un 53.9% en el lado derecho y un 56.9% en el izquierdo, seguido por el Plano Terminal Recto con un 35.3% en el lado derecho y 29.4% en el izquierdo (14).

La presente investigación presenta relevancia humana porque permitirá dar a conocer a los futuros padres, acerca de la importancia que tiene una correcta forma de alimentación durante los primeros meses de vida, para evitar la presencia de maloclusiones que, como dicho anteriormente corresponden a una de las afecciones más comunes encontradas en la cavidad oral.

Al no haber investigación similar a nivel local, podrá servir como guía para los futuros padres y como base para investigaciones futuras; además brindará aporte académico a los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad José Carlos Mariátegui, para un mayor conocimiento acerca de la relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia.

La limitación encontrada en la presente investigación fue que muchas historias clínicas no fueron llenadas correctamente en los espacios que fueron solicitados, razón por la cual fueron excluidas del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Definición del Problema

Problema General

¿Existe relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017?

Problemas Específicos

¿Qué tipos de plano terminal se registraron en niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017?

¿Qué tipos de lactancia recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017?

1.2. Objetivo de la Investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia presentes en niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017.

Objetivos específicos

- Determinar los tipos de plano terminal derecho e izquierdo en niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017.
- Determinar los tipos de lactancia en niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017.

1.3. Cuadro de operacionalización de variables

Variable dependiente	Indicador	Dimensiones	Escala	Tipo de variable
Plano terminal	Plano que se encuentra perpendicular a la cara distal del segundo molar superior o inferior primario derecho o izquierdo	Plano terminal recto Plano terminal con escalón mesial Plano terminal con escalón distal	Nominal Politómica	Cualitativa
Variable independiente	Indicador	Dimensiones	Escala	Tipo de variable
Tipo de lactancia	Forma de alimentación al infante	Lactancia materna Lactancia artificial Lactancia mixta	Nominal Politómica	Cualitativa

Fuente: Elaboración propia

1.4. Hipótesis de la investigación

“Dado que el tipo de lactancia constituye un factor importante en el desarrollo de las estructuras maxilares es probable que exista relación entre el plano terminal y el tipo de lactancia presente en niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM.”

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

- **Neyvi Larixa Torres Paz, Chiclayo – Perú, 2017**

En este estudio denominado “Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú”, Torres Paz concluye que, si existe relación entre el tipo de lactancia y el Plano Terminal, así como también que el tipo de Lactancia con mayor prevalencia fue la Lactancia Materna Exclusiva y la Mixta, ambas con 40.4%, mientras que fue el Plano Terminal Recto, aquel que mayor prevalencia presentó con un 44.2% (8).

- **Ana Lorena Figueroa Pérez, Arequipa, 2016**

Este estudio denominado “Relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años que asisten a las Instituciones Educativas Mis pequeños pasos y Mis pequeñas travesuras School, Jose Luis Bustamante y Rivero” presentó que más de la mitad de los niños estudiados fueron amamantados mediante el seno materno (57,8%), y que el Plano Terminal con mayor prevalencia tanto en el lado derecho como izquierdo fue el Plano Terminal con Escalón Mesial con un 53.9% y 56.9% respectivamente.

En cuanto al tema de espacios primates el porcentaje fue mayor en el maxilar superior que en el inferior; por lo tanto concluyó que existe

relación entre el tipo de Lactancia con el Plano Terminal y los espacios primates (14).

- **Lourdes Berrocal Lloccla, Ayacucho – Perú, 2016**

En el estudio denominado “Relación del plano terminal con el tipo de alimentación en su primer trimestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N°392 Iris del Pino”, su estudio presentó que el Plano Terminal en los dos lados, el que tuvo mayor prevalencia fue el Plano Terminal Recto con 48%; mientras en el tipo de Lactancia que presentaron los niños evaluados, la más prevalente fue la Lactancia Materna con 66%; de la totalidad de aquellos que fueron alimentados por medio de la Lactancia Materna más de la mitad presentó un Plano Terminal con Escalón Mesial, y de aquellos que presentaron una Lactancia Mixta el 58% tuvo un Plano Terminal Recto; de esta manera Berrocal concluyó que existe relación entre el Plano Terminal con el tipo de Lactancia (15).

- **Maribel Jovita Lozano Longoria, Chiapas – México, 2015**

En este estudio denominado “Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquípuas en Chiapas” se encontró que el 93.9% se alimentaron mediante lactancia materna, de todos ellos el 73.5% fueron alimentados por más de 6 meses; Lozano concluyó que los pacientes que fueron alimentados mediante lactancia materna durante más de seis meses mostraron un plano terminal recto así como también una Clase I canina, ni la edad ni el género fueron un factor decisivo en la presencia de maloclusiones (12).

- **Melany Ysabel Castillo Bacalla, Chiclayo – Perú, 2015**

El estudio denominado “Planos post – lácteos y su relación con el tipo de lactancia en niños de 3 años del Centro de Salud Jose Olaya, 2014” presentó que 39.1% de los niños que tuvieron un Plano Terminal Recto, fueron alimentados por medio del seno materno, un 60.9% fue

alimentado tanto por el seno materno como por medio de una Lactancia Artificial y no hubo casos en los que sólo fuera alimentado por la Lactancia Artificial, ahora de todos los demás niños que presentaron un Plano Terminal con Escalón Mesial fueron alimentados sólo por el seno materno, Castillo concluyó entonces que si existe relación entre el tipo de Lactancia durante el primer semestre de vida con los tipos de Planos Terminales (16).

- **Carolina Mercedes Castro Rodriguez, Lima – Perú, 2015**

Este estudio denominado “Efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planos terminales deciduos de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2014”, se obtuvo que un 59% recibieron lactancia materna exclusiva, un 25.4% recibió lactancia artificial exclusiva y un 15.6% recibió lactancia mixta; se encontraron asociaciones entre el tipo de lactancia que presentaron los niños estudiados con el tipo de arco así como también con los planos terminales, concluyendo así que aquellos niños que recibieron Lactancia Materna presentan un correcto plano terminal y una forma de arco normal (17).

- **Juventino Alberto Favela Campa, México, 2015**

Este estudio denominado “Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en Chiapas”, se obtuvo que aquellos pacientes que fueron alimentados por medio de la Lactancia Materna por menor tiempo presentaron maloclusiones en sentido horizontal, Favela también observó que no existe relación entre la mordida abierta con el tiempo de lactancia, la edad y el género, concluyendo así que existe relación entre las maloclusiones en sentido horizontal y el tiempo de lactancia (18).

- **Evelyn Pamela Gramal Aguilar, Ecuador, 2014**

Este estudio denominado “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” señaló que de todos los niños evaluados un 60.1% presentó Lactancia Materna y 39.9% Lactancia Mixta, de acuerdo al tiempo de lactancia el 76.8% lactó más de 12 meses mientras que un 23.2% lactó menos del tiempo antes mencionado; aquellos que presentaron Lactancia materna tuvieron en su mayoría, una oclusión normal, mientras que quienes recibieron Lactancia Mixta, tuvieron una maloclusión moderada; mientras mayor fue el tiempo de lactancia mayor fue la frecuencia de oclusión normal; Gramal concluyó entonces que existe relación entre la oclusión con el tipo y tiempo de lactancia (13).

- **Raysa Alejandrina Cuya García, Sandy Katiana Paredes Vasquez, Iquitos - Perú, 2014**

En el estudio denominado “Prevalencia de Plano Terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa”, se obtuvo que los Planos Terminales más frecuentes tanto en el lado derecho como izquierdo fue el Recto con 52.4% y 45.9% respectivamente, seguido por los Plano Terminal con Escalón Distal con 62% y 7.3% en el lado derecho e izquierdo respectivamente, Cuya y Paredes concluyeron que no existe relación entre los Planos Terminales con el género, pero si existió relación entre el Plano Terminal de lado Derecho e Izquierdo (19).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Oclusión en dentición primaria

La oclusión en dentición primaria es definida como el proceso más dinámico de toda la cavidad oral, en donde las piezas dentarias primarias tanto maxilares como mandibulares, hacen contacto durante la masticación, fonación, etc (8).

En la dentición primaria son pocas las llamadas oclusiones anormales, pero la importancia de estas derivan en la influencia que poseen en la dentición próxima: la permanente (9).

Los planos terminales, el espaciamento incisivo, los espacios primates, son los aspectos que definirán una dentición permanente (8); los planos terminales es la variable escogida en esta tesis.

Se debe tener en cuenta que el tipo de lactancia es sólo un factor a considerar en lo que respecta al tipo de oclusión que el niño presente en el futuro; el tiempo de lactancia, los hábitos de succión no nutritiva, así como los factores genéticos también podrían ser considerados como factores determinantes del tipo de oclusión que el niño vaya a presentar (6, 13, 20, 21).

2.2.1.1. Planos terminales

Es definida como la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares deciduos tanto superior como inferior, cuando sus superficies contactan en relación céntrica.

Nakata nos muestra en su libro que existen tres tipos de clasificación para el plano terminal (1):

- **Plano terminal con escalón mesial**

Cuando la superficie de distal de la segunda molar decidua inferior se encuentre por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior (1, 19).

- **Plano terminal con escalón distal**

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior está por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior (1, 19).

- **Plano terminal recto**

Tanto el plano terminal superior como el inferior se encuentran a un mismo nivel anteroposterior (20), esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior deciduo ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar inferior deciduo, haciendo que las dos caras distales de ambos molares formen una línea recta (1, 22).

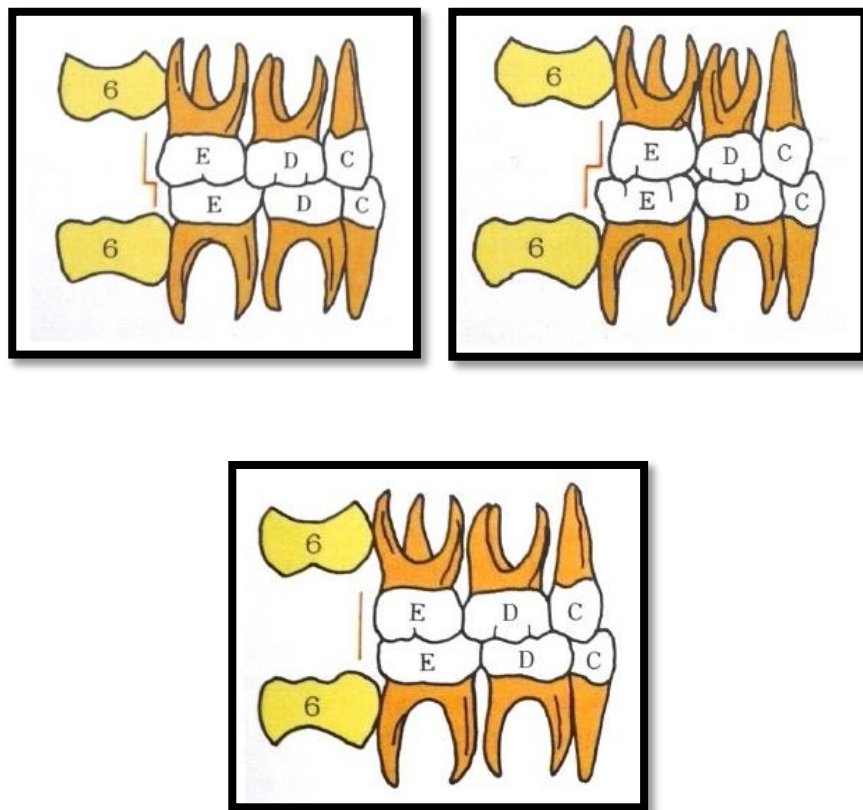


Fig. 1, 2, 3 Planos terminales de izquierda a derecha: Plano terminal con escalón mesial, distal; abajo: Plano terminal recto

Los tipos de plano terminal que posea el paciente, determinarán la futura oclusión que presente el paciente en dentición permanente; así un plano terminal recto, si posee espacio, los primeros molares permanentes terminarán en Clase I de Angle, y si no presentase espacio la oclusión entre primeros molares permanente será de cúspide – cúspide; en un plano con escalón mesial, los próximos primeros molares ocluirán en una

Clase I; en un plano con escalón distal, los próximos primeros molares permanentes ocluirán en una Clase II (1, 23).

2.2.2. Lactancia

Es el mecanismo por el cual el ser humano puede nutrirse permitiendo su crecimiento y desarrollo (24).

Aunque no se sabe con exactitud cuál es el verdadero período de tiempo de la lactancia materna en los seres humanos (8), las instituciones como la OMS, el UNICEF y la Academia Americana de Pediatría recomendaron amamantar al recién nacido durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y adicionar una alimentación complementaria hasta los dos años aproximadamente (13, 21).

Fue en el año 2004 en que las dos primeras instituciones mencionadas anteriormente dieron a conocer en la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño” que este tipo de lactancia es esencial para la supervivencia infantil (5), ya que esta representa una forma segura y económica de prevenir la desnutrición así como también las enfermedades infecciosas que se puedan presentar (25), si sólo la recomendaciones dadas por la OMS , UNICEF y AAP fuesen puestas en práctica se calcula que se salvarían alrededor de un millón de vidas infantiles por año (26).

2.2.2.1. Tipos de lactancia

Gil precisa en su libro que existen tres formas de alimentación al lactante (2):

- Lactancia materna.

Es el proceso por el cual la madre alimenta a su hijo mediante su seno (27), considerado como una forma de recibir proteínas y vitaminas, siendo el sustento más importante de los recién nacidos (2, 26), y constituyendo así uno de los pilares más importantes en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (3, 7).

Este tipo de alimentación presenta diversos beneficios inmunológicos, sociales, nutricionales, económicos, fisiológicos y psicológicos (18).

Diversos estudios demostraron que el consumir leche materna incrementa el desarrollo neurológico y también ayuda a disminuir el asma, rinitis, la caries dental así como diversas alergias (12).

Las únicas veces en las que el amamantamiento no puede ser realizado es cuando la madre se portadora del VIH, presente casos de drogadicción, esté con tratamiento de quimioterapia o radioterapia o en todo caso que el lactante, presente galactosemia (13).

Actualmente tanto la OMS como el UNICEF recomiendan los siguientes pasos al momento de iniciarse por primera vez la lactancia:

- Durante la media hora después del parto se debe asistir a la madre para que inicie la lactancia.
- Enseñar a las madres la manera de dar de lactar a su hijo, así como también el cómo deberán continuar con ésta al momento de separarse de ellos.
- Solo alimentar a los recién nacidos con leche materna, no administrar ningún alimento o bebida a excepción de que se encuentre con prescripción médica.
- No otorgar a los niños que son alimentados con leche materna ningún tipo de tetina o chupón (4).

Ventajas

- La leche materna que es otorgada al niño es higiénica y se encuentra a una temperatura adecuada, y al momento de ser consumida podrá facilitar un óptimo desarrollo de la cavidad bucal así como también de los labios.
- La leche materna brinda los anticuerpos así como las propiedades inmunológicas necesarias que ayudan a reducir la incidencia de muchas alteraciones, como por ejemplo las infecciones, ya sean respiratorias, de oído, etc; al igual que también distintos tipos de alergias (24).

- Incrementa la secreción salival para que así el pH permanezca equilibrado.
- La acción que realiza el niño al momento de lactar, ayuda a un mejor desarrollo de ambos maxilares y así posibilitan una correcta erupción y alineación de los dientes (5).
- Aquellos niños que son amamantados durante los primeros seis meses de vida tal y como lo sugieren la OMS, el UNICEF y la AAP; presentarán un mejor desarrollo y crecimiento (20).
- No sólo existen ventajas para el lactante, sino también para la madre ya que ella al momento de dar de lactar a su hijo, tendrá menor riesgo de poder presentar anemia, hipertensión, depresión postparto, cáncer de ovario y de mama, osteoporosis entre otros (8).

Proceso de amamantamiento

Este proceso se da por medio de dos fases:

- Primera fase: Presión del pezón y la areóla.

En esta fase el lactante realiza el movimiento de llevar el maxilar inferior hacia adelante, así como la lengua, después presiona el pezón con ambos labios y así produce un cierre hermético, una vez realizado el movimiento el maxilar inferior desciende y así produce un vacío entre la parte posterior de la lengua y el paladar blando (6).

- Segunda fase: Succión de la leche

En esta fase el lactante realizará dos movimientos anteroposteriores con el maxilar inferior tanto protrusivos como retrusivos, donde opondrá el reborde alveolar superior con el inferior, oprimiendo el pezón y así produciendo la salida de la leche; ambos movimientos están sincronizados con la respiración y con la deglución, al momento de realizar tres succiones se llevará a cabo la deglución (28).

- **Lactancia artificial**

Es el proceso mediante el cual se alimenta a su hijo por medio de fórmulas derivadas de la leche, utilizando un biberón y tetinas (2, 5).

Este tipo de lactancia solo debería realizarse por las siguientes razones:

- o Cuando el recién nacido presenta bajo peso, o cuando es prematuro, hasta el momento en el que sea lo suficientemente fuerte como para lactar del seno de la madre (27).
- o Cuando la madre presenta como anteriormente se mencionó: VIH, quimioterapias, radioterapias, adicción a drogas, o cuando el recién nacido presente galactosemia y necesite el consumo de leche especial (13).

Ventajas

- Existirá una mayor independencia entre la madre y su hijo, ya que cualquier progenitor podrá alimentarlo.
- No habrá preocupación de la madre si es que esta consume algún tipo de medicación (24).
- Como cualquier progenitor puede alimentarlo, se formará un vínculo entre padre e hijo (13).
- Ya que la leche artificial se digiere más despacio que la normal, el tiempo de lactancia suele ser más espaciado, y la cantidad menos frecuente (24).

Desventajas

- No existe un vínculo entre madre e hijo.
- Existen diversas alteraciones a nivel bucal, como aumento de caries, pérdida prematura de piezas dentales, maloclusiones, entre otros.
- Se incrementan las enfermedades infecciosas, alergias, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, leucemia, etc (13).

Proceso de lactancia artificial

En este proceso, la lengua se encuentra adelante y en una postura baja, los rodetes de ambos maxilares y la musculatura no presiona la tetina (13), es por eso que actualmente las tetinas usadas tradicionalmente son consideradas inadecuadas para el lactante ya que según estudios sólo se realiza 1 movimiento de los 60 que se realizan en el amamantamiento materno, y esto provoca un debilitamiento de los músculos comprometidos (6).

El lactante realizará una compresión al a punta de la tetina contra el paladar y con la parte posterior de la lengua, detendrá el paso de la leche; en ese momento existirá una presión negativa que no deja que la leche fluya entonces para equilibrar la situación, ambos labios cederán y por consiguiente dejarán ingresar aire al biberón; la leche antes mencionada no permitirá que se realice los movimientos de protrusión y retrusión del maxilar superior (explicado en el amamantamiento materno); dando como resultado una posición retrognática. Esto significa que los músculos no son utilizados correctamente (13).

- **Lactancia mixta**

Este tipo de lactancia es definido como un intermedio entre la lactancia materna (natural) y la artificial (leche de fórmula) (2, 13).

Esta se da por diversas razones:

- Sociales: ya que la madre trabaja y no tiene la soltura para poder dar de lactar a su hijo.
- Partos múltiples
- Adopción (9).

Proceso de lactancia mixta

La succión en un proceso de lactancia mixta es un proceso intermedio al igual que la definición, esto nos quiere decir que el número de

succiones conciernen a un valor entre ambos, ya que la lactancia artificial presenta movimientos de succión disminuidos, y en la lactancia materna se realizan movimientos de succión aumentados (13).

2.2.2.2. Relación con el desarrollo orofacial

Después de todas las definiciones y procesos que se mencionaron anteriormente acerca de la lactancia materna, artificial y mixta; se puede decir que en la lactancia materna se estimulan correctamente los músculos que interfieren en la acción, mientras que en la lactancia artificial la función de los músculos buccinador y orbicular de los labios será mínima, sin provocar estimulación del pterigoideo lateral y medial, el masetero, temporal, digástrico, genihioides y milohioides; y por lo tanto, no propiciará un correcto desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático; esto provocaría la obtención de hábitos de succión no nutritiva (9).

Sin embargo si en caso se diera la lactancia materna, es decir entonces un correcto movimiento de succión, se omiten los retrognatismos mandibulares y por lo tanto disminuyen las maloclusiones (8).

Teóricamente podemos decir entonces, que la lactancia artificial, junto con la succión no nutritiva incrementa un 50% el riesgo de sufrir algún tipo de maloclusión (28).

2.3. Marco conceptual.

- Plano terminal: es el plano que se encuentra en una posición perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes (1, 19).

- Plano terminal recto: cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior se encuentra en el mismo nivel que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior (1, 29).
- Plano terminal con escalón mesial: cuando el plano terminal del segundo molar deciduo inferior se encuentra por delante del segundo molar superior (1, 13).
- Plano terminal con escalón distal: cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior (1, 29).
- Maloclusión: es una malposición que puede ser debido a distintos factores, como genéticos, funcional, dentario y que por consecuencia altera el equilibrio de todo el aparato estomatognático (29).
- Lactancia: considerada la forma ideal de brindar los nutrientes necesarios para que el recién nacido pueda crecer y desarrollarse saludablemente (30).
- Lactancia materna: es la nutrición ideal y suficiente para apoyar el crecimiento y el desarrollo óptimos del lactante durante los primeros 4 a 6 meses después del nacimiento (2, 27).
- Lactancia artificial: consiste en alimentar al lactante con formulas lácteas, esta alimentación se da a través del uso del biberón (2, 24).
- Lactancia mixta: es aquella en la que el lactante recibe junto al pecho materno, leche de fórmula (2, 9).

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, retrospectivo, analítico.

3.2. Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación corresponde al nivel relacional y corresponde a un diseño aseguenciado de asociación.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Se encontraron un total de 146 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.3.2. Muestra

Se utilizó la fórmula para muestras finitas.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Población

$Z^2_{1-\alpha}$ = Nivel de confianza

p = q = probabilidad de éxito y/o fracaso

e = error

n = tamaño de la muestra

Una vez aplicada la fórmula, nos dio como resultado 128 historias clínicas de niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica, los cuales fueron escogidos de manera aleatoria.

a. Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren en edades entre 3 – 5 años
- Pacientes que cuenten con historia clínica completa (en los ámbitos solicitados) en la Clínica Odontológica de la UJCM
- Pacientes que presenten dentición primaria completa

b. Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no estén completas al 100% (en los ámbitos solicitados)
- Pacientes que presenten algún tipo de enfermedad congénita como el Síndrome de Pierre Robin.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización de esta tesis se tuvo que utilizar la técnica documental, tanto para la variable Plano Terminal como para la variable Tipos de lactancia; en donde se recolectaron los datos de las Historias Clínicas archivadas en las libretas del curso de Odontopediatría Clínica I y Odontopediatría Clínica II del año 2017.

Primeramente para la recolección de datos se tuvo que solicitar permiso a la Escuela Profesional de Odontología para la revisión de Historias Clínicas, posteriormente, la coordinadora del Centro Odontológico remitió una carta, autorizando lo pedido, para así iniciar con la recolección de datos plasmados en las libretas de Odontopediatria Clínica I y II, se colocaron los datos en una ficha de recolección de datos dividida en cinco partes: el primero para la enumeración de cada Historia Clínica, luego el sexo, la edad, el tipo de lactancia y por último el plano terminal, se completó la recolección de datos observándose que varias historias no se encontraban totalmente llenas en los ámbitos requeridos para la realización del presente estudio.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el entorno Windows: Excel y el SPSS versión 25.

Para el análisis, una vez concluida la recolección de datos, primero se realizó una estadística descriptiva donde analizamos las características de la población, posteriormente cada variable, a través de frecuencias absolutas y relativas; mientras que para el contraste de hipótesis, se hizo una estadística inferencial utilizando el Chi – cuadrado de Pearson con un nivel de significancia de 5%.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

		N° 128	%
Sexo	Masculino	67	52.34
	Femenino	61	47.66
Edad	3 años	27	21.09
	4 años	32	25.00
	5 años	69	53.91

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla 1 nos muestra la distribución de la población de estudio, en donde se observa que el que prevalece es el sexo masculino con 52.34%, mientras que el femenino posee un 47.66%; en lo que concierne a la edad, el grupo etáreo que prevalece es el de 5 años con cinco de cada diez niños (53.91%), seguido por los niños de 4 años (25.00%), finalizando con los de 3 años (21.09%).

TABLA 2
PLANO TERMINAL DERECHO

	N	%
Escalón Mesial	103	80.47
Escalón Distal	16	12.50
Plano Terminal Recto	9	7.03
Total	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla 2 muestra que en relación al Plano Terminal Derecho, más de dos tercios de los casos registrados, presentaron un Plano Terminal con Escalón Mesial con un 80.47%, seguido por un Plano Terminal con Escalón Distal con un 12.50%, el que presentó menor incidencia fue el Plano Terminal Recto con un 7.03% de casos registrados.

TABLA 3
PLANO TERMINAL IZQUIERDO

	N	%
Escalón Mesial	96	75.00
Escalón Distal	16	12.50
Plano Terminal Recto	16	12.50
Total	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla 3 nos muestra que siete de cada diez casos registrados presentan un Plano Terminal con Escalón Mesial, mientras que el Plano Terminal con Escalón Distal y el Plano Terminal Recto presentaron un porcentaje similar (12.50%), todos estos datos corresponden al Tipo de Plano Terminal Izquierdo.

TABLA 4

PLANO TERMINAL DERECHO RELACIONADO AL PLANO TERMINAL IZQUIERDO

PLANO TERMINAL DERECHO	PLANO TERMINAL IZQUIERDO						TOTAL	
	ESCALÓN MESIAL		ESCALÓN DISTAL		PLANO TERMINAL RECTO			
	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCALÓN MESIAL	91	71.10	3	2.34	9	7.03	103	80.47
ESCALÓN DISTAL	3	2.34	12	9.38	1	0.78	16	12.50
PLANO TERMINAL RECTO	2	1.56	1	0.78	6	4.69	9	7.03
TOTAL	96	75.00	16	12.50	16	12.50	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Chi – cuadrado de Pearson: 92.919

p – valor: 0.000

Kappa de Cohen: 0.601

Interpretación: En la Tabla 4 se relacionaron ambos planos terminales teniendo como resultado que en ambos lados (derecho e izquierdo) el mayor porcentaje (71.10%) corresponde al Escalón Mesial, un 9.38% del total corresponde a un Escalón Distal tanto derecho como izquierdo, y un 7.03% corresponde a un caso con diferentes Planos Terminales por cada lado, en el que el izquierdo es Recto y el derecho presenta un Escalón Mesial. Por último los que presentan menor prevalencia son el Plano Terminal Derecho con Escalón Distal y en el lado izquierdo un Plano Terminal Recto y viceversa, presentando un 0.78% de casos cada tipo.

Al aplicar el Chi – cuadrado de Pearson, obtenemos un nivel de significancia de 0.000 con lo que se concluye que existe relación entre ambos Planos Terminales; mientras que al aplicarse la siguiente medida de asociación, el Índice Kappa de Cohen, este nos da como resultado 0.601 mostrando así una buena concordancia entre el Plano Terminal derecho e izquierdo.

TABLA 5
TIPO DE LACTANCIA

	N	%
Lactancia Materna	39	30.47
Lactancia Artificial	1	0.78
Lactancia Mixta	88	68.75
Total	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla 5 nos muestra tanto la frecuencia como el porcentaje por cada Tipo de Lactancia incluido en el presente estudio, en donde observamos que seis de cada diez casos registrados presentaron una Lactancia Mixta (68.75%), casi un tercio de la población presentó una Lactancia Materna (30.47%), y sólo un caso fue del tipo Lactancia Artificial (0.78%).

TABLA 6

PLANO TERMINAL DERECHO EN RELACIÓN AL TIPO DE LACTANCIA

PLANO TERMINAL DERECHO	TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
	LACTANCIA MATERNA		LACTANCIA ARTIFICIAL		LACTANCIA MIXTA		N	%
	N	%	N	%	N	%		
ESCALÓN MESIAL	38	29.69	0	0	65	50.78	103	80.47
ESCALÓN DISTAL	1	0.78	1	0.78	14	10.94	16	12.50
PLANO TERMINAL RECTO	0	0	0	0	9	7.03	9	7.03
TOTAL	39	30.47	1	0.78	88	68.75	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Chi – cuadrado de Pearson: 16.791

p – valor: 0.002

Interpretación: En la Tabla 6 observamos el tipo de lactancia y el plano terminal derecho que presentan los casos registrados, la Lactancia Mixta es la que prevalece con 68.75%, seguida por la Lactancia materna con un 30.47%, se debe tener en cuenta que la Lactancia Mixta se refiere a que el niño fue lactado en algún momento por medio del seno materno además de la Lactancia Artificial que recibió, de aquellos niños que recibieron Lactancia Mixta más de la mitad presentó un Plano Terminal con Escalón Mesial (50.78%), mientras que aquellos que recibieron Lactancia Materna, casi la totalidad (29.69%) presentó de igual manera un Escalón Mesial en el lado derecho, el único caso registrado de Lactancia Artificial, presentó un Plano Terminal con Escalón Distal (0.78%). Se debe recalcar que del total de la población un 12.50% presentó un Plano Terminal con Escalón Distal, lo cual conllevaría teóricamente, a que en el futuro la dentición permanente del niño presente una Maloclusión Clase II.

Al aplicar el Chi – cuadrado de Pearson, obtenemos un nivel de significancia de 0.002 con lo que se concluye que si existe relación entre el Plano Terminal derecho y el tipo de Lactancia en los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM.

TABLA 7

PLANO TERMINAL IZQUIERDO EN RELACIÓN AL TIPO DE LACTANCIA

PLANO TERMINAL IZQUIERDO	TIPO DE LACTANCIA						TOTAL	
	LACTANCIA MATERNA		LACTANCIA ARTIFICIAL		LACTANCIA MIXTA		N	%
	N	%	N	%	N	%		
ESCALÓN MESIAL	38	29.69	0	0	58	45.31	96	75.00
ESCALÓN DISTAL	1	0.78	1	0.78	14	10.94	16	12.50
PLANO TERMINAL RECTO	0	0	0	0	16	12.50	16	12.50
TOTAL	39	30.47	1	0.78	88	68.75	128	100.00

Fuente: Elaboración propia

Chi – cuadrado de Pearson: 21.633

p – valor: 0.000

Interpretación: En la Tabla 7, podemos encontrar que del 100% de los casos registrados, la Lactancia Mixta es la que más prevalencia posee con 68.75%, una tercera parte presentó Lactancia Materna (30.47%), más de la mitad de los niños que recibieron Lactancia Mixta presentaron un Plano Terminal con Escalón Mesial (45.31%), mientras que casi la totalidad de niños que fueron lactados con el seno materno presenten también un Escalón Mesial en el lado izquierdo (29.69%), el único caso de Lactancia Artificial presentó un Plano Terminal con Escalón Distal.

Al aplicarse el Chi – Cuadrado de Pearson, se obtuvo un nivel de significancia del 0.000, con el cual se afirma la relación existente entre el Plano Terminal izquierdo y el tipo de Lactancia en niños de 3 a 5 años.

4.2. Contrastación de hipótesis

Para la contrastación de la hipótesis en la Tabla 4 relacionamos el Plano Terminal derecho con el Plano Terminal izquierdo, enunciaremos nuestras hipótesis estadísticas.

H₀: No existe relación entre el plano terminal derecho y el plano terminal izquierdo.

H₁: Existe relación entre el plano terminal derecho y el plano terminal izquierdo.

El nivel de significancia para el presente estudio fue de 5%.

La prueba estadística que se usó para relacionar ambos planos terminales fue el Chi – cuadrado de Pearson.

Resultados: Valor de p: 0.000 que es menor al 0.05 por lo tanto es significativo.

Entonces podemos afirmar que existe una relación significativa entre el plano terminal derecho y el plano terminal izquierdo.

Interpretación: En nuestra población de estudio los planos terminales derecho e izquierdo están relacionados.

Para la contrastación de la hipótesis en la Tabla 6 relacionamos el tipo de lactancia y el plano terminal derecho, enunciaremos nuestras hipótesis estadísticas.

H₀: No existe relación entre el plano terminal derecho y el tipo de lactancia.

H₁: Existe relación entre el plano terminal derecho y el tipo de lactancia.

El nivel de significancia para el presente estudio fue de 5%.

La prueba estadística que se usó para relacionar el tipo de lactancia y el plano terminal derecho fue el Chi – cuadrado de Pearson.

Resultados: Valor de p: 0.002 que es menor al 0.05 por lo tanto es significativo.

Entonces podemos afirmar que existe una relación significativa entre el tipo de lactancia con el plano terminal derecho.

Interpretación: En nuestra población de estudio el tipo de lactancia está relacionado con el plano terminal derecho.

Para la contrastación de la hipótesis en la Tabla 7 se relaciona el tipo de lactancia con el plano terminal izquierdo, enunciemos nuestras hipótesis estadísticas.

H₀: No existe relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal izquierdo.

H₁: Existe relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal izquierdo.

El nivel de significancia para el presente estudio fue de 5%.

La prueba estadística que se usó para relacionar el tipo de lactancia y el plano terminal derecho fue el Chi – cuadrado de Pearson.

Resultados: Valor de p: 0.000 que es menor al 0.05 por lo tanto es significativo.

Podemos afirmar entonces, que existe una relación significativa entre el tipo de lactancia con el plano terminal izquierdo.

Interpretación: En nuestra población de estudio el tipo de lactancia está relacionado con el plano terminal izquierdo.

4.3. Discusión de resultados

En las Tablas 2 y 3 del presente estudio se puede observar que el Plano Terminal con mayor prevalencia tanto en el lado derecho como izquierdo, fue el Plano Terminal con Escalón Mesial, con un 80.47% y 75.00%

respectivamente, seguidos del Plano Terminal con Escalón Distal con un 12.5% en ambos lados, y presentando la menor prevalencia el Plano Terminal Recto con un 7.03% y 12.50% en el lado derecho e izquierdo respectivamente. Según el estudio de Figueroa Pérez quien también mostró sus resultados por lado derecho e izquierdo, el Plano con mayor prevalencia también fue el mesial con 53.9% y 56.9% respectivamente, difiriendo en el segundo resultado en el cual su estudio demostró que el segundo más prevalente fue el Plano Terminal Recto con un 35.3% en lado derecho y 29.4% en el izquierdo y por último el escalón distal que presentó la menor prevalencia con 10.8% y 13.7% en los lados derecho e izquierdo respectivamente (14); de igual manera en el estudio de Torres Paz y Berrocal Lloclla en donde el Plano Terminal que prevalece es el recto, seguido por el mesial y por último el distal (8, 15). Este resultado Al ser el de mayor prevalencia el Plano Terminal Mesial nos indicaría que los niños que presentaron este tipo de Plano tendrían en el futuro una Clase I de Angle.

En la Tabla 4 se muestra la relación entre el Plano Terminal derecho e izquierdo, dando como resultado que el 71.10% del total de casos registrados presentaron un Plano Terminal con Escalón Mesial tanto en el lado derecho como izquierdo, un 9.38% presentaron un Plano Terminal con Escalon Distal en ambos lados, y el siguiente mayor porcentaje (7.03%) presentó dos planos combinados el Escalón Mesial en el lado derecho y el Recto en el izquierdo. El estudio de Berrocal Lloclla nos da como resultado que un 48% presentó un Plano Terminal recto en ambos lados, 43% con un Plano Terminal con Escalon Mesial, 5% un Plano Terminal con Escalón Distal y un 4% con un Plano Terminal Mesial y Recto (15). Al aplicarse el Chi – cuadrado se obtuvo un p – valor de 0.000 mostrando que sí existe relación en el Plano Terminal del lado derecho e izquierdo, para ver el grado de concordancia se aplicó el Índice Kappa el cual nos dio como resultado 0.601 por lo tanto una buena concordancia, esto demuestra que la mayoría de veces los Planos Terminales coinciden en ambos lados, así como también existen veces en las que no, y esto podría deberse a diversos factores como succión no nutritiva.

En la Tabla 5 se observan los tipos de lactancia que presentaron los niños de 3 a 5 años atendidos, en donde obtenemos que el tipo de lactancia que prevalece es la Mixta con un 68.75%, seguido por la Materna con un 30.47% para finalizar con la Artificial 0.78%, Castillo presentó un resultado similar, en su estudio, la lactancia que más prevaleció fue la Mixta con 60.9%, seguida por la Materna con 39.1% y por último la Artificial en donde no hubo casos 0%. Torres Paz presentó el mismo porcentaje tanto en Lactancia Materna como en Mixta con 40.4% cada uno, mientras que la Artificial tuvo un 19.2% (8). Estos resultados nos dan a entender que a pesar de los obstáculos de las madres como por ejemplo el no tener suficiente tiempo para dar de lactar a sus hijos, tratan de otorgarles siempre una Lactancia Materna complementada con una Lactancia Artificial.

En la Tabla 6 se observan los tipos de lactancia en relación al plano terminal derecho presente en los niños de 3 a 5 años, en donde da como resultado que el 50.78% que tuvo Lactancia Mixta presentó un Plano Terminal con Escalón Mesial, el 29.69% del total que fueron alimentados por medio de la Lactancia Materna, presentaron de igual manera un Plano Terminal con Escalón Mesial, y el único caso con Lactancia Artificial presentó también un Escalón Distal; en el estudio de Torres Paz los que presentaron Lactancia Materna tuvieron plano Terminal Recto y también mostró que la mayoría que presentó una Lactancia Mixta, tuvo un Plano Terminal con Escalón Mesial, lo que nos lleva a establecer la relación entre el tipo de lactancia y el Plano Terminal (8). Para conocer si existe relación entre al plano terminal derecho y los tipos de lactancia se aplicó el Chi – cuadrado, obteniendo un p – valor de 0.002 demostrando así la relación entre ambas. El resultado más relevante presente en esta tabla es que en un 50, 8% de niños que presentaron una lactancia mixta presentaron un plano terminal con escalón mesial, el cual nos indica que a pesar de que los niños tuvieron una lactancia artificial, la lactancia materna con la que también se alimentaron ayudó al correcto desarrollo de sus estructuras maxilares. Debemos tener en cuenta que en lo que concierne a los casos en los que existió un Plano Terminal con Escalón Distal y hubo un tipo de Lactancia Mixta, pudo deberse a muchos

factores que pudieron influir para que exista este tipo de Plano en los cuales se encuentran el tiempo de lactancia, la genética, los hábitos de succión no nutritivos, la falta de una buena técnica de amamantamiento, entre otros.

En la Tabla 7 se observan los tipos de lactancia en relación al plano terminal izquierdo presente en los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, en donde da como resultado que el 45.31% del total que tuvo Lactancia Mixta presentó un Plano Terminal con Escalón Mesial, el 29.69% que fueron alimentados por medio de la Lactancia materna, presentaron también un Plano Terminal con Escalón Mesial, y el único caso con Lactancia Artificial presentó un Escalón Distal; en el estudio de Berrocal Lloclla, del total de niños que presentaron lactancia materna el 52% presentó un Plano Terminal con Escalón Mesial, y del total que recibieron una Lactancia Mixta más de la mitad presentó un Plano Terminal Recto (15), los tipo de lactancia más relevantes fueron la lactancia mixta y materna con los porcentajes antes mencionados, y fueron aquellos que presentaron un mayor porcentaje en lo que concierne al plano terminal mesial, lo que nos a entender que a pesar de la presencia de la lactancia artificial dentro de lo que es la lactancia mixta; las estructuras maxilares fueron correctamente desarrolladas debido a la lactancia materna presente. Al aplicarse el Chi – cuadrado y obteniendo un p – valor de 0.000 se puede afirmar la relación que existe entre el Plano Terminal izquierdo y los tipos de Lactancia.

CONCLUSIONES

1. En los niños motivo de estudio, el Plano Terminal que prevalece tanto en el lado derecho como en el izquierdo es el Plano Terminal con Escalón Mesial con 80.47% y 75.00% respectivamente.
2. El tipo de lactancia con mayor prevalencia es la Lactancia Mixta con 68.75%, seguido de la Lactancia Materna con 30.47%, en los niños de 3 a 5 años atendidos.
3. Existe relación entre el plano terminal y los tipos de lactancia que recibieron los niños de 3 a 5 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UJCM, año 2017; con niveles de significancia de 0.002 y 0.000.

RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa dirigido a los padres que promueva la Lactancia Materna y que explique las consecuencias que presentarían en la oclusión de sus hijos, promocionado por la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad José Carlos Mariátegui.
2. Identificar los tipos de planos terminales que posean todos los niños que acudan al Centro Odontológico, para así dar de conocimiento a los padres sobre el tipo de oclusión que el niño podría poseer en el futuro.
3. Adecuar la Historia Clínica actual encontrada en las libretas de los cursos de Odontopediatría Clínica I y II, en el espacio dedicado al tiempo de lactancia para que este pueda ser más específico y poder realizar un estudio más completo.
4. Realizar estudios que incluyan demás factores que podrían influir en el plano terminal que presente el niño como el tiempo de lactancia, hábitos de succión no nutritivas, el uso de una correcta técnica de amamantamiento, para complementar el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakata M. Guía Oclusal en Odontopediatría 2da ed: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamerica, C.A.; 1997.
2. Gil Á. Tratado de Nutrición 2005.
3. Mendoza A, y cols. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría 2008;47:1-5.
4. Comité-de-Lactancia-Materna-de-la-Asociación-Española-de-Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales Barcelona 2004.
5. Requena A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.
6. Carrillo C. Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008.
7. Fuguet J. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. 2014.
8. Torres N. Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú - Chiclayo, 2017. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2017.
9. Obregon J. Tipo de escalon molar y espacios primatides en dentición decidua en niños de 3 a 5 años que recibieron lactancia materna y mixta en la provincia de Huaraz, Ancash. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2008.
10. Santiso A. Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal. MEDICIEGO. 2011;17.
11. Guzmán R. Prevalencia de maloclusión en niños de 4 a 6 años de la zona de Sopocachi de la ciudad de La Paz y su relación con la edad y el género. La Paz-Bolivia: Universidad Andina Simón Bolívar 2012.
12. Lozano M. Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México. México: Universidad Autónoma Nuevo León; 2015.
13. Gramal E. 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 Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador 2014.

14. Figueroa A. Relación del tipo de lactancia con la formación del escalón molar y espacios primates en niños de 3 a 5 años que asisten a las instituciones educativas Mis pequeños pasos y Mis pequeñas travesuras school, José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa-2016. Arequipa-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2016.
15. Berrocal L. Relación del plano terminal con el tipo de alimentación en su primer semestre de vida, en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 392 Iris del Pino Ayacucho 2016 Ayacucho-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2016.
16. Castillo M. Planos post-lácteos y su relación con el tipo de lactancia en niños de 3 años del Centro de Salud José Olaya. Chiclayo, 2014. Perú: Universidad Señor de Sipán 2015.
17. Castro C. Efectos de los tipos de lactancia y hábitos de succión no nutritivos en la forma y tipo de arco dentario y los planes terminales deciduos de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima - 2014. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2015.
18. Favela J. Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en Chiapas. México: Universidad Autónoma de Nuevo León 2015.
19. Cuya R. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa, 2014. Iquitos-Perú: Universidad Peruana del Oriente 2014.
20. Ríos C. Lactancia materna y su relación con el desarrollo normal de los maxilares en preescolares Santiago-Chile: Universidad de Chile; 2006.
21. Zúñiga E. Periodo de lactancia materna y su relación con el desarrollo del arco dentario superior deciduo Ministerio de Salud - Puno 2015;1.
22. Florez K. Frecuencia del apiñamiento dentario en niños de 3 a 5 años con relación molar en plano terminal recto, escalón mesial y escalón distal de la Clínica Oodntológica de la UCSM. Arequipa, 2015. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María 2015.

23. De la Peña L. Prevalencia de Maloclusiones en la Primera Dentición en niños del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León México: Universidad Autónoma de Nuevo León 2013.
24. Paredes K. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. *Odontología Pediátrica* 2008;7.
25. Blanco L. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;45.
26. Vergara R. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. *MEDISAN*. 2014;18.
27. Escobedo A. Influencia del tiempo de lactancia en el desarrollo de los hábitos de succión no nutritiva en niños de 3, 4 y 5 años de edad de a I.E.I. Bellapampa. Arequipa.2016. Arequipa - Perú Universidad Católica Santa María 2016.
28. Cigüeñas E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2013.
29. Aliaga J. Prevención de maloclusiones en odontopediatría desde el nacimiento. Lima-Perú Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2017.
30. Rondón R. Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2012.