

LACTANCIA MATERNA EN RELACIÓN A LA OCLUSIÓN EN DENTICIÓN DECIDUA. UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO – 2018

Gamarra N. Cirujana Dentista.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en niños de 3 a 5 años, de la I.E.I. Revolucionaria Santa Rosa, Cusco - 2018. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, correlacional, cuantitativo de corte transversal en niños 3-5 años de ambos sexos, pertenecientes a la Institución Educativa Inicial "Revolucionaria Santa Rosa", Cusco. La población estuvo constituida por 127 infantes, el muestreo fue no probabilístico, quedando finalmente en 80 niños analizados de acuerdo a los criterios de selección. Para la recolección de información, se utilizó un cuestionario para las madres y el examen clínico directo en los infantes. **Resultados:** Se registró que el 80% de los niños fueron amamantados con leche materna exclusiva, por otro lado, el plano terminal de Baume más frecuente fue el escalón mesial con 58,8% y 62,5% en el lado derecho e izquierdo respectivamente. **Conclusión:** Se determinó que no existe relación significativa entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en la muestra estudiada ($p > 0,05$). Sin embargo, a diferencia de otras investigaciones, se registró que el plano terminal más prevalente fue el escalón mesial.

Palabras Clave: Lactancia materna, plano terminal, Baume, oclusión, maloclusión

ABSTRACT:

Objective: To determine the relationship between breastfeeding and the Baume terminal planes, in children 3 to 5 years old, of the I.E.I. Revolutionary Santa Rosa, Cusco - 2018. **Materials and methods:** An observational, correlational, quantitative cross-sectional study was conducted in children 3-5 years of both sexes, belonging to the "Revolucionaria Santa Rosa" children's garden, Cusco. The population was constituted by 127 infants, the sampling was not probabilistic, being finally in 80 children analyzed according to the selection criteria. For the collection of information, a questionnaire for mothers and direct clinical examination in infants was used.

Results: It was recorded that 80% of the children were breastfed with exclusive breast milk, on the other hand, the most frequent terminal plane of Baume was the mesial step with 58.8% and 62.5% on the right and left side respectively.

Conclusion: It was determined that there is no significant relationship between breastfeeding and the Baume terminal planes in the sample studied ($p > 0.05$). However, unlike other investigations, it was recorded that the most prevalent terminal plane was the mesial step.

Key Words: Breastfeeding, terminal plan, Baume, occlusion, malocclusion

INTRODUCCIÓN

Las malposiciones suelen comenzar desde edades tempranas por factores predisponentes, tales como: herencia, ausencia de diastemas interincisivos, ausencia de espacios primates, micrognatismo transversal del maxilar, etc. Sobre este grupo de factores no se puede actuar. Pero están, además, los factores desencadenantes: hábitos bucales deformantes, caries dental, pérdidas prematuras, e insuficiente tiempo de lactancia materna exclusiva;

sobre los que sí puede intervenir, con modos y estilos de vida favorables para la salud.¹ Un factor en el que puede intervenir, es el caso de la lactancia materna exclusiva; pues el movimiento óseo muscular que realizan los niños al lactar; ayuda a su desarrollo dentomaxilar normal, así como a la correcta erupción dental.²

La lactancia materna puede ser considerada como el primer aparato ortopédico natural para el desarrollo orofacial. Durante la succión en el amamantamiento,

las fuerzas ejercidas por la lengua favorecen el crecimiento de la región premaxilar del niño y los movimientos mandibulares hacen posible el desarrollo mandibular. Mientras que las fuerzas ejercidas durante hábitos de succión no nutritiva reducen el desarrollo de la mandíbula dando paso a la distocclusión.³

Permite un estímulo importante en el desarrollo y crecimiento de todas las estructuras del aparato bucal y del sistema respiratorio del recién nacido, el infante desarrollando la forma de la cavidad bucal adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior.⁴

La UNICEF y la OMS promueven la lactancia exclusiva mínimo durante los primeros 6 meses de vida, y después de este periodo complementarla con otros alimentos hasta los 2 años de edad.²

Por otro lado, los planos terminales de Baume brindan un pronóstico confiable del proceso de cambio a la dentición permanente a partir de la interrelación de las arcadas dentarias deciduas.⁴

Baume mencionó la importancia de los planos terminales de los segundos molares temporales, como claves para predecir si los primeros molares permanentes erupcionarán en oclusión normal clase I de Angle.⁵

Existen características que son consideradas habituales, como: espaciamiento anterior, espacios primates, leve sobremordida y resalte, relación molar plano terminal recto y escalón mesial, relación canina clase I, inclinación casi vertical de los dientes anteriores y forma ovoide del arco.^{6,7}

Existen estudios que revelan la importancia de la lactancia materna en relación a los planos terminales de Baume, pues la acción de amamantar estimula el correcto desarrollo orofacial de los infantes desde su nacimiento, logrando así el inicio de una buena oclusión; a diferencia de aquellos niños que no amamantan, pues incrementan las posibilidades de presentar malposiciones dentales futuras.^{4,6,8,9}

Actualmente en el Perú al igual que en otras sociedades, los cambios en el estilo de vida han ido cambiando, lo cual afecta a distintos ámbitos como son los hábitos de nutrición durante la infancia.

La lactancia materna, brinda estimulación muscular durante la succión del pecho y la deglución que realiza el recién nacido para alimentarse favoreciendo así el

buen desarrollo de la cavidad oral del infante. Además, se debe tener en cuenta que tipo de lactancia puede influir sobre la morfología de los maxilares y la oclusión dentaria. Todas las funciones que se llevan a cabo en la cavidad oral: respiración, succión, deglución, masticación, fonación estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (United Nations Children's Fund) destacan su importancia en el crecimiento integral del niño favoreciendo su desarrollo neurológico, psicológico e inmunológico y protegiéndolo de problemas de salud tales como malnutrición, diarrea y enfermedades respiratorias.

Por otro lado, el plano terminal de Baume es un indicador del tipo de relación molar que se presentará en la dentición. Por lo que es importante tomar medidas adecuadas para la prevención de malposiciones en esta etapa de la dentición decidua.

Se han reportado baja prevalencia y severidad de malposiciones dentales en niños amamantados, en comparación con aquellos que fueron alimentados con biberón; sin embargo, existen también otras investigaciones que no le atribuyen tal relación a la lactancia materna.

La presente investigación fue un estudio de tipo correlacional, no experimental de corte transversal, que tuvo como propósito determinar la relación que existe entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume en niños de 3 a 5 años, de la I.E.I. Revolucionaria Santa Rosa, Cusco–2018.

Agarwal S, et. al. (2015)³ realizaron un estudio retrospectivo clínico a 415 niños entre 4 y 6 años. La información sobre la duración de la lactancia materna y los hábitos de succión no nutritiva se obtuvo mediante un cuestionario escrito que fue respondido por los padres.

Siendo los resultados la prevalencia de distocclusión 18.6%, perfil facial convexo 16.1% y la frecuencia de lactancia materna <6 meses fue de 38.1%, mientras que la lactancia > 6 meses fue de 61.9%. En el análisis estadístico χ^2 , no se observó asociación significativa entre la duración de la lactancia materna y la distocclusión para la muestra estudiada. Además, no hubo una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la lactancia materna y el perfil facial convexo.

Se concluyó que los niños amamantados <6 meses tuvieron cerca del doble de posibilidad de desarrollar hábitos de succión no nutritiva y dentición no espaciada a diferencia de los niños que recibieron lactancia >6 meses.

López B.7 estudió 72 modelos de yeso de niños atendidos en la Clínica de la Especialidad en Odontología Infantil, en Xalapa, Veracruz; se encontró que 79.2% presentaban una prevalencia de Plano Terminal derecho Mesial, plano terminal recto de 16.7%, plano terminal distal de 4.2%, Y con respecto al Plano Terminal Izquierdo Mesial, se encontró que 76.4% de prevalencia, plano terminal recto de 20.8%; plano terminal distal de 2.8%, Concluyendo que las prevalencias observadas en esta población por el tipo de arco y plano terminal, refieren un riesgo bajo para el desarrollo de algún tipo de maloclusión y que la variable sexo no presenta alguna tendencia de tipo de arco ni plano terminal.

Requena A. (2013)⁸ estudió la “Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal” revisó 193 niños del Jardín “Consuelo Rodríguez de Fernández Albarrán” de donde fueron incluidos 117 niños de 3 a 5 años de edad. El 26.5% recibió lactancia materna, 37.6% tuvieron lactancia mixta y 35.9% tuvieron lactancia artificial. La relación molar derecha se observó plano terminal recto en 43.6%, el 56.4% restante fue escalón distal y escalón mesial exagerado; relación molar izquierda el plano terminal recto fue 88%, y el 12% escalón distal y escalón mesial exagerado. Concluyendo así que los niños que recibieron lactancia materna presentaron mayor número de características que contribuyen a la oclusión ideal en dentición decidua, a diferencia de los niños que tuvieron lactancia mixta y lactancia artificial quienes presentaron características que favorecen el desarrollo de maloclusiones.

Torres N. (2017)⁴ investigó la “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” su muestra fueron 52 niños. Los datos del tipo de lactancia fueron registrados en una ficha de recolección respondida por los padres de los menores y posteriormente el examen clínico directo. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado resultando un valor significativo $p=0.024$, este indicó que la lactancia materna se relaciona con el plano terminal. La distribución de los tipos de planos terminales fue: Recto 44,2%, mesial 40.4% y el distal 15,4%.

Berrocal L. (2016)⁹ realizó el estudio “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” La población infantil contaba con 120 niños, de los que 96 cumplieron los criterios de inclusión. El tipo de alimentación se registró mediante a los datos brindados por los padres de los niños. 46 niños presentaron plano terminal recto (48%), 41 niños escalón mesial (43%), 5 niños escalón distal (5%), y 4 niños plano terminal mixto entre mesial y recto (4%); lactancia materna exclusiva (66%), alimentación mixta (27%), y alimentación artificial (7%).

Concluyó que existe relación entre el plano terminal con el tipo de alimentación durante el primer semestre de vida, en la muestra estudiada.

Cuya R. et. al. (2014)⁶ estudió la “Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el Centro de Salud Masusa, 2014” donde su muestra fueron 357 niños. Se realizó un examen clínico y para la recolección de datos se utilizó una ficha donde se registró el plano terminal presente, además en dicho examen se tomó en cuenta tipo de lactancia recibida, hábitos, caries interproximal, tipo de arcos y plano terminal.

El tipo de plano terminal registrado; en el lado derecho plano terminal recto 52.4%, plano terminal distal 6,2% y plano terminal mesial 38,7%. En el lado izquierdo plano terminal recto 45,9%, distal 7,3% y mesial 43,7%. Concluyó que el arco más frecuente fue Baume tipo I y posteriormente Baume tipo II, el plano terminal más frecuente derecho e izquierdo fue el recto seguido del distal. Señaló que no existe relación entre el plano terminal derecho e izquierdo con el género.

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna o natural es la alimentación recibida por el bebé durante su primera etapa de vida, de manera exclusiva y amamantando del pecho de su madre.¹⁰

La OMS y UNICEF afirman que es la forma inigualable de brindar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.¹¹

Beneficios de la lactancia materna

La salud y sobrevivencia del recién nacido son sin duda los beneficios más importantes de la lactancia materna.

Durante la fase oral del recién nacido, la boca es el centro de placer y mediante ella inicia su relación con la madre. Además, de permitir un desarrollo emocional saludable; esto le genera bienestar, agrado y protección por lo que se muestra contento, seguro y satisfecho. Es así que, en el ámbito psicológico, favorece el vínculo afectivo entre madre-hijo y proporcionándole satisfacciones emocionales lo que podría ser provechoso para reducir hábitos bucales inadecuados.¹²

La leche materna refuerza el sistema inmunológico inmaduro del bebé, ayuda en la digestión y absorción de nutrientes.^{4,13}

La lactancia materna es considerada uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud como de la prevención de enfermedades. Las funciones realizadas en la cavidad oral tales como: respiración, succión, deglución, masticación y fonación; estimulan el crecimiento y desarrollo del tercio inferior de la cara.¹⁴

Guerra M. y Mujica C. sostienen que la posición de la mandíbula hacia atrás con respecto al maxilar es de 1 cm aproximadamente. Transcurridos los días avanza de 1 a 1.5 mm, de 4 a 6 mm en los primeros cuatro meses para llegar a una posición adecuada a los seis meses.¹⁵

El perfil convexo del niño es absolutamente normal, se debe a la retroposición mandibular fisiológica, la cual se corrige mediante los movimientos realizados al amamantar reestructurando la forma de la cavidad oral y favoreciendo el avance de la mandíbula de su posición distal respecto al maxilar, a una posición mesial. Este movimiento es llamado el primer avance fisiológico de la oclusión.^{2,8}

Al tener la boca ocupada con el seno materno, el niño debe respirar por la nariz, por lo que se reduce la frecuencia de respiración bucal.¹²

Durante la lactancia existen además beneficios para la madre como menor riesgo de padecer anemia, depresión postparto, problemas cardiacos (hipertensión), osteoporosis, cáncer de mama y de ovarios.⁴

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses pues en las últimas tres décadas la lactancia materna ha disminuido convirtiéndose un problema de salud pública.¹⁴

Lactancia mixta

Jurado y Gil refieren que la lactancia mixta es considerada como un sistema de alimentación intermedio entre la alimentación natural (de seno materno) y la artificial (por medio de algún elemento

que no sea la madre); que se desencadenó a causa de insuficiente leche de la madre o porque no pudo continuar amamantando por distintas razones.¹⁶

Técnica

A. Lactancia mixta coincidente

Según Arriaza et al, indican que se considera lactancia mixta coincidente cuando la madre no brindó la suficiente cantidad de leche al bebé por lo que debe sustraer leche adicional de su pecho y complementar la lactancia con esta por medio del biberón. Es decir, el bebé recibe pecho y luego biberón hasta quedar saciado.

Arriaza et. al., sostienen que la lactancia mixta alternante se da cuando el amamantamiento se reemplazó por leche artificial. De este modo el bebé alterna entre una toma de pecho materno y la otra de biberón con leche artificial.

PLANOS TERMINALES DE BAUME

Plano terminal recto

Cuando la superficie distal del segundo molar superior deciduo se encuentra en el mismo plano vertical que la superficie distal del segundo molar inferior deciduo formando una línea recta.

Según Moyers y cols., Boj y cols., Baume; cuando el plano terminal es recto, los primeros molares permanentes erupcionarán con una relación cúspide a cúspide y aprovechando los espacios interdentes podría ocluir en clase I o desviarse a la clase II si no se aprovecharan espacios de deriva inferior.⁵

Porcentualmente el 85% se convertirá en una relación oclusal permanente clase I y el 15% una relación oclusal permanente clase II (borde a borde).¹⁷

Plano terminal escalón mesial

Cuando la superficie distal del segundo molar inferior deciduo se encuentra por delante de la superficie distal del segundo molar superior decidua formando así un escalón dirigido mesialmente.

Según Mc Donald, en un plano terminal escalón mesial, los primeros molares permanentes erupcionarán directamente en clase I de Angle. Por otro lado, Boj y cols.; sostienen que puede existir:

- Escalón mesial corto, donde los primeros molares permanentes erupcionarán en relación clase I o en clase III si solo se aprovecha el espacio de deriva inferior.

- Escalón mesial largo, se considera así cuando la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior deciduo ocluye por detrás del surco central del segundo molar inferior deciduo, donde los primeros molares permanentes serán dirigidos a una maloclusión clase III.5 Porcentualmente el 80% se convertirá en una relación oclusal permanente clase I y el 20% en clase III, en especial los casos donde se presente información genética de prognatismo.¹⁷

Plano terminal escalón distal

Cuando la superficie distal del segundo molar inferior deciduo se encuentra por detrás de la superficie distal del segundo molar superior deciduo formando así un escalón dirigido distalmente.

Según Boj y cols., Mc Donald; en el plano terminal escalón distal los primeros molares permanentes erupcionarán hacia distal por lo que ocluirán en una clase II.5

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue correlacional descriptivo, observacional de corte transversal. La población estuvo integrada por 127 niños de 3 a 5 años de edad procedentes de la Institución Educativa Inicial Revolucionaria Santa Rosa. El muestreo fue no probabilístico obteniéndose una muestra censal de 80 niños analizados de acuerdo a los criterios de selección.

Criterios de selección

A. Criterios de inclusión

- Niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Inicial Revolucionaria Santa Rosa.
- Niños con dentición decidua completa
- Niños con número normal, tamaño y forma de los dientes presentes (si hubiera restauraciones en los molares, que cuenten con rigurosidad anatómica)
- Niños cuyas madres aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.

B. Criterios de exclusión

- Niños con enfermedad local o sistémica.
- Niños que presenten cualquier anomalía en el número, forma o tamaño de los dientes
- Niños que presenten los primeros molares permanentes completamente erupcionados

Para la recolección de datos previo al consentimiento de los padres; la madre y su menor hijo participaron de la evaluación en un ambiente dentro de la Institución Educativa Inicial.

- Se registró dentro del instrumento: Ficha de recolección de datos, el ítem preguntas para la madre, información sobre la lactancia recibida por el menor (tipo y tiempo de lactancia).

- Se procedió a realizar el examen clínico y registro fotográfico de los planos terminales de Baume presentes en el niño.



Fig. 1. Plano terminal de Baume Lado derecho: Escalón mesial



Fig. 2. Plano terminal de Baume Lado izquierdo: Escalón mesial



Fig. 3. Plano terminal de Baume Lado derecho: Recto El recuento de la información se hizo en una matriz de datos Excel.



- La tabulación se realizó de manera computarizada asignándoles valores numéricos en una matriz de datos en el programa estadístico SPSS versión 22.
- El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva para el análisis de datos que por su naturaleza se mostraron en frecuencia y porcentaje.
- Para el análisis inferencial de las variables cualitativas se utilizó Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

RESULTADOS

Los resultados muestran que la muestra estuvo constituida por 80 niños cuyas edades fluctuaban entre 3 a 5 años. La mayor frecuencia era de 42,5% para el grupo de niños de 4 años. (Tabla 1)

Distribución de muestra según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
3 años	21	26,2%
4 años	34	42,5%
5 años	25	31,3%
Total	80	100,0%

Fuente: Matriz de datos

Tabla 2

Distribución de muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	52	65%
Femenino	28	35%
Total	80	100%

Fuente: Matriz de datos

CUADRO 3

Distribución de la muestra según el tipo de Lactancia por edad

Tipo de lactancia	Edad						Total	
	3 años		4 años		5 años		F	%
	f	%	f	%	f	%		
Exclusiva	15	18,75%	28	35,00%	21	26,25%	64	80%
Mixta	6	7,50%	6	7,50%	4	5,00%	16	20%
Total	21	26,30%	34	42,50%	25	31,30%	80	100%

Chi cuadrado: 1,332 p = 0,514

Fuente: Matriz de datos

Como se presentan los resultados en el cuadro 3, se tiene que del total de 80 niños que conforman la muestra de estudio, 64 niños (80%) han sido beneficiados por lactancia materna exclusiva mientras que los restantes 16 niños (20%) lactancia mixta.

CUADRO 4

Distribución de la muestra según el Tipo de Lactancia por sexo

Tipo de lactancia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%		
Exclusiva	45	56,25%	19	23,75%	64	80%
Mixta	7	8,75%	9	11,25%	16	20%
Total	52	65%	28	35%	80	100%

Chi cuadrado: 3,970 p = 0,046

El cuadro 4 expresa que del total de 52 niños varones, el 56,25% han gozado de la lactancia materna exclusiva, mientras que 8,75% de niños han tenido lactancia mixta, en el caso de las mujeres se tiene que el 23,75% de ellas han gozado de la lactancia exclusiva, mientras que el 11,25%, tuvieron lactancia mixta, siendo de así el mayor porcentaje en cuanto a lactancia mixta.

CUADRO 5

Distribución de la muestra según el tiempo de lactancia por edad

Tiempo de lactancia	Edad						Total	
	3 años		4 años		5 años		f	%
	f	%	f	%	f	%		
0 a 6 meses	4	5,00%	5	6,25%	1	1,25%	10	12,50%
6 a 12 meses	6	7,50%	5	6,25%	4	5,00%	15	18,75%
12 a 18 meses	6	7,50%	10	12,50%	11	13,75%	27	33,75%
18 a 24 meses	5	6,25%	13	16,25%	6	7,50%	24	30,00%
24 a 30 meses	0	0%	1	1,25%	2	2,50%	3	3,75%
30 meses a mas	0	0%	0	0%	1	1,25%	1	1,25%
Total	21	26,30%	34	42,50%	25	31,30%	80	100%

Chi cuadrado: 10,498 p = 0,398

Fuente: Matriz de datos

El cuadro 5 reporta que el 33,75 % de los niños ha tenido un tiempo de lactancia entre 12 a 18 meses, seguido por el grupo de 18 a 24 meses, en un 30%.

CUADRO 6

Distribución de la muestra según el tiempo de lactancia por sexo

Tiempo de lactancia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	F	%	f	%		
0 a 6 meses	6	7,50%	4	5,00%	10	12,5%
6 a 12 meses	9	11,25%	6	7,50%	15	18,75%
12 a 18 meses	20	25,00%	7	8,75%	27	33,75%
18 a 24 meses	14	17,50%	10	12,50%	24	30,00%
24 a 30 meses	2	2,50%	1	1,25%	3	3,75%
30 meses a mas	1	1,25%	0	0%	1	1,25%
Total	52	65%	28	35%	80	100%

Chi cuadrado: 2,263 p = 0,812

Fuente: Matriz de datos

Los datos presentados en el cuadro 6 indica que el 25% de los niños han tenido un periodo de lactancia entre 12 a 18 meses, mientras que en caso de las mujeres el 12,5% de las niñas han tenido un tiempo de lactancia de 18 a 24 meses.

CUADRO 7

Distribución de la muestra según lactancia materna en relación al plano terminal derecho

Lactancia materna	Plano terminal de Baume lado derecho		Total
	Plano terminal recto	Plano Terminal Escalón Mesial	
Exclusiva	25 (31,20%)	39 (48,75%)	64 (80%)
Mixta	8 (10,00%)	8 (10,00%)	16 (20%)
total	33 (41,20%)	47 (58,80%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 0,632 p = 0,427

Fuente: Matriz de datos

CUADRO 8

Distribución de la muestra según lactancia materna en relación al plano terminal izquierdo

Lactancia materna	Plano terminal de Baume lado izquierdo		Total
	Plano terminal recto	Plano Terminal Escalón Mesial	
Exclusiva	21 (26,25%)	43 (53,75%)	64 (80%)
Mixta	9 (11,25%)	7 (8,75%)	16 (20%)
total	30 (37,5%)	50 (62,5%)	80 (100%)

Chi cuadrado: 3,000 p = 0,083

Fuente: Matriz de datos

En el cuadro 7 y 8 al efectuar la prueba estadística, se acepta la hipótesis nula, es decir no existe relación entre las variables, puesto que el nivel de significancia es mayor a 0,05. Se puede atribuir dicho resultado, a que los hábitos alimenticios después del periodo de lactancia son diversos, favoreciendo en menor o mayor proporción el desarrollo mandibular de acuerdo a los movimientos y fuerzas ejercidas durante la masticación.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación el propósito fue Determinar la relación que existe entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en niños de 3 a 5 años, de la I.E.I. Revolucionaria Santa Rosa, Cusco-2018.

Se encontró que la lactancia materna no se relaciona con los planos terminales de Baume; pudiendo ser debido a los hábitos y costumbres alimenticias en la zona de estudio, posteriores a la lactancia. El 80% de los niños tuvieron lactancia materna exclusiva mientras que el 20% lactancia mixta, no existiendo casos de ausencia de lactancia; demostrando así que en la muestra estudiada la lactancia materna exclusiva es sin duda el principal medio de alimentación para los niños. Por otro lado, el plano terminal de mayor frecuencia en ambos sexos de los tres grupos etarios fue el plano terminal escalón mesial con 58,8% y 62,5% en el lado derecho e izquierdo respectivamente, seguidos del plano terminal recto derecho 42,3% e izquierdo con 37,5%, no se presentó ningún caso de plano terminal escalón distal.

En el estudio realizado por Torres N.4 encontró que el plano terminal más frecuente es el recto 44,2% seguido del mesial 40,4% y el distal 15,4% encontrando que el tipo de lactancia exclusiva y mixta se ubican en igual porcentaje, concluye que la lactancia materna se relaciona con el plano terminal; no coincidiendo con el presente estudio realizado; pudiendo ser esto debido a que Torres solo evalúa niños de 5 años de edad.

Por su parte Berrocal L.9 en la investigación que realizó, tuvo como resultado que el 66% de niños recibieron lactancia materna exclusiva y el 27% mixta y un 7% que no recibió lactancia materna; sosteniendo que existe relación entre las variables de estudio; no coincidiendo con el presente estudio realizado ya que en nuestro estudio dicha relación no existe,

siendo posible dicha relación debido a que en el estudio de Berrocal existieron casos de ausencia de lactancia, pudiendo establecerse diferencias asociadas a este factor; además de la alimentación recibida posterior a la lactancia, lo cual podría influir en el desarrollo.

En el estudio realizado por Agarwal S, et. al.³ evaluó la oclusión mediante los planos terminales de Baume, encontrando así que la prevalencia de distoclusión fue de 18.6%, respecto al tiempo de lactancia encontró que el 38,1% fue amantado hasta los 6 meses y que el 61,9% más de los 6 meses Su estudio concluyó, no encontrando relación estadísticamente significativa entre la distoclusión y la lactancia materna; coincidiendo con el presente estudio, dichos datos permiten ver las diferencias porcentuales con nuestro estudio pues el 12.5% de niños fue amantado hasta los 6 meses y el 87,5% más de los 6 meses.

En la investigación realizada por López B.⁷ se aprecia que el plano terminal derecho más prevalente es el mesial con 79,2% seguido del plano terminal recto 16,7%; respecto al plano terminal izquierdo más prevalente es el mesial 76,4% seguido del plano terminal recto 20.8%; coincidiendo así con los resultados obtenidos en el presente estudio pues el plano terminal escalón mesial fue el de mayor prevalencia con 58,8% y 62,5% en el lado derecho e izquierdo, respectivamente, siendo al parecer el escalón mesial una característica muy frecuente en los niños de la muestra del presente estudio realizado.

Por otro lado, Cuya R. et al.⁶ en su investigación encontró que el tipo de plano terminal en el lado derecho, que prevaleció fue el recto con 52,4%, seguido del escalón mesial 38.7% y el plano terminal escalón distal 6,2%; por el lado izquierdo el plano terminal recto 45,9%, escalón mesial 43,7% y el distal 7,3% concluyendo que no existe relación entre el plano terminal derecho e izquierdo con el género; coincidiendo así con el presente estudio realizado pues dicha relación no existe.

En el estudio realizado por Requena A.⁸ obtuvo como resultado que el plano terminal recto tuvo menor frecuencia en niños que recibieron lactancia materna exclusiva, 29% plano terminal recto en el lado derecho y 19,3% en el lado izquierdo prevaleciendo el plano terminal mesial y distal derecho e izquierdo en 71% y 80,7% respectivamente; coincidiendo con nuestro estudio pues el plano terminal escalón mesial es el más prevalente; pudiendo ser debido a que esta característica es la más frecuente en los niños de nuestra población.

CONCLUSIONES

Se determinó que no existe relación significativa entre la lactancia materna y los planos terminales de Baume, en niños de 3 a 5 años, de la I.E.I. Revolucionaria Santa Rosa, Cusco – 2018. ($p > 0,05$) Fue la lactancia materna exclusiva la que predominó en la muestra estudiada en un tiempo de 12 a 24 meses en promedio. En cuanto al plano terminal de Baume derecho e izquierdo que tuvo mayor prevalencia, fue el plano terminal escalón mesial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [Internet]. 2016 [citado 10 Ene 2018]; 14(2): 143-153. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3000>
2. Morales M, Stabile R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones: estudio transversal. Univ Odontol. [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2018]; 33(71): 19-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231242326016>
3. Agarwal SS, Sharma M, Nehra K, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Validation of Association between Breastfeeding Duration, Facial Profile, Occlusion, and Spacing: A Cross-sectional Study. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2016 [citado 6 Mar 2018]; 9(2): 162-166. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4921889/>
4. 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 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2017. 48 p.
5. Reyes C. Asociación de la oclusión de los primeros molares permanentes con los planos terminales, de la primera dentición en una población de niños del posgrado de Odontopediatría [Tesis] México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012. 80 p.
6. Cuya R, Paredes S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud Masusa [Tesis]. Iquitos: Universidad Peruana del Oriente; 2014. 44 p.

7. López B. Prevalencia de los planos terminales y arcos de Baume en pacientes atendidos en la clínica de la especialización en odontología Infantil, del 2013 al 2015 [Tesis]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2015. 42 p.
8. Requena A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal. [Tesis]. Mexico: Universidad Autónoma Del Estado De México; 2013. 51 p.
9. 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 [Tesis] Ayacucho: Universidad Alas Peruanas; 2016. 3 p.
10. Paredes K, Valdivieso M. Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. *Odontol Pediatr.* 2008; 7(2): 27-33.
11. Flores G. Relación entre tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo craneofacial [Tesis] Lima; Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. 34 p.
12. Rodríguez A, Martínez I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2018]; 33(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100007&lng=es
13. Rios C. Lactancia materna y su relación con el desarrollo normal de los maxilares en preescolares [Tesis] Chile: Universidad De Chile; 2006. 99 p.
14. Fuguet J, Betancourt A, Ochoa L, González M, Crespo A, Viera D. The influence of maternal breast-feeding in preventing deforming buccal habits. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2014 [citado 16 Mar 2018]; 36(5): 561-571. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500004&lng=es
15. Guerra M, Mujica C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Rev Lat de Ortod y Odontopediatr* [Internet]. 2004 [citado 26 Feb 2018] Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/influencia_amamantamiento_desarrollo_maxilares.asp
16. 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 [Tesis] Quito: Universidad Central Del Ecuador; 2014. 97 p.
17. Obregón J. Tipo de escalón 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, Áncash [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2008. 66 p.

Noheli Araseli Gamarra Mejia

n.araseli@hotmail.com

966480593