



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE CIENCIAS DE
LA SALUD

TESIS

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

Autor:

Torres Paz Neyvi Larixa

Asesor:

Ms. Esp. C.D. Vásquez Plasencia César A.

Línea de investigación

Epidemiología, salud-prevención, promoción y
diagnostico estomatológico

Pimentel-Perú

2017

Aprobación de Tesis

Mg.Esp.CD Vásquez Plasencia Cesar A.
Asesor Metodólogo

Mg.Esp.CD.Urtecho Vera Pablo Edinson
Presidente del Jurado de Tesis

Mg.Esp.CD Mostacero Abanto Deivy
Secretario del jurado de Tesis

D.Mg.CD.La Serna Solari Paola Beatriz
Vocal del Jurado de Tesis

DEDICATORIA

Esta Tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino y bendecida en cada paso que he dado y sin desmayar en los problemas que se presentan, enseñándome a poder lograr mis metas y objetivos.

A mis padres, quienes por ellos soy lo que soy. Para ellos que se esforzaron, sacrificaron y estuvieron apoyándome en todo momento, demostrándome su amor incondicional en los momentos difíciles , que gracias a ellos, quienes son los pilares de mi vida, me dieron la fortaleza y la fuerza, para que no me rindiera ante las adversidades que se presentaron en el camino.

A mi esposo, que en todo momento he sentido su apoyo de pareja y mejor amigo, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar

A mi adorado hijo Esmir Antonio por ser mi fuente y motivo para que todo obstáculo sea superado y así luchar para un futuro mejor.

A mi hermana y amiga incondicional que con sus palabras de aliento y sus alegrías no me dejaban decaer y seguir adelante siempre.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación, ha sido posible gracias a la colaboración de personas e instituciones quienes han logrado que esta investigación culmine satisfactoriamente.

A la Dr. Mg. Luis Gustavo Gamarra, que con su conocimiento, orientación, presencia, paciencia y motivación no hubiese sido posible no solamente el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

Al Coronel, Director del Hospital Regional PNP-Chiclayo, por abrirme sus puertas y permitirme la ejecución de esta investigación.

A cada uno de los niños evaluados y padres, por tener la confianza y seguridad de mí persona

A todos los docente que he tenido durante la carrera, por sus conocimientos, a lo largo de mis años de formación académica.

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
INDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Delimitación de la investigación.....	5
1.4. Justificación e importancia	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
1.6. Objetivos de la investigación.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1. Antecedentes de estudio.....	8
2.2. Sistemas teóricos conceptuales.....	9
2.2.1. Lactancia materna	9
2.2.2. Beneficios de la lactancia materna	10
2.2.3. Mecanismo del amamantamiento.....	11
2.2.4. Amamantamiento y crecimiento orofacial.....	12
2.2.5. . Diferencias entre la lactancia y el biberón	12
2.3. Definición de la terminología.....	14
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.....	16

3.2. Población y Muestra	16
3.3. Hipótesis	17
3.4. Variables	18
3.5. Operacionalización	18
3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.6.1. Abordaje metodológico	18
3.6.2. Técnicas de recolección de datos	19
3.6.3. Instrumentos de recolección de datos	19
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	20
3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos	21
3.9. Principios éticos	21
3.10. Criterios de rigor científico	22
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	23
4.1. Resultados en tablas y gráficos	23
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	28
REFERENCIAS Y ANEXOS	

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se determinó la relación entre tipo de lactancia y plano terminal en 52 niños de 5 años edad, atendidos en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú - Chiclayo, 2017.

Fue un estudio de tipo básico cuantitativo y diseño; transversal, prospectivo y analítico. El examinador fue calibrado en la medida del plano terminal por un especialista en ortodoncia, para luego medir el plano terminal a los 52 niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la sanidad de policías del Perú. El tipo de lactancia fue un dato proporcionado por los padres. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos y llevados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013, para luego ingresarlos al software estadístico SPSS versión 22.

Se encontró que los niños que recibieron lactancia exclusiva mostraron un plano terminal de tipo escalón recto siendo el de mayor frecuencia con un 71,4%. Por lo tanto podemos decir que la lactancia materna exclusiva presenta una mayor influencia en el crecimiento mandibular que los otros tipos de alimentación.

Palabras claves: Lactancia materna, oclusión dental, niño

ABSTRACT

In the present research work, the relationship between type of lactation and terminal plan was determined in 52 children of 5 years of age, attended in the Regional Hospital of the National Police of Peru - Chiclayo, 2017.

It was a study of basic quantitative type and design; transversal, prospective and analytical. The examiner was calibrated to the extent of the terminal plane by an orthodontic specialist, to then measure the terminal plane to the 52 children of 5 years attended in the regional hospital of the police of Peru. The type of lactation was a data provided by the parents. The data were recorded in a data collection form and taken to a Microsoft Excel 2013 spreadsheet, and then entered into the statistical software SPSS version 22.

It was found that the children who received exclusive breastfeeding showed a terminal plane of the straight echelon type, being the most frequent with 71.4%. Therefore we can say that exclusive breastfeeding has a greater influence on mandibular growth than other types of feeding.

Keywords: Breastfeeding, dental occlusion, child

INTRODUCCIÓN

El Perú es un país donde existe una alta prevalencia de maloclusiones, aproximadamente un 85% de la población la presenta. Últimos estudios revelan que las maloclusiones de la dentición permanente son frecuentemente diagnosticadas en la dentición decidua. Las causas más comunes se encuentran relacionadas con los hábitos y desvíos funcionales, tales como las distintas formas de lactancia que la madre pueda dar a su niño, las cuales se inician en la primera fase de la vida.

El contacto del recién nacido con el mundo externo es mediante su progenitora, por el cual su mecanismo de sobrevivencia mediante ella es con la lactancia, pero no solo es eso sino también le transmite estabilidad emocional, satisfacción y beneficios que esta leche materna le proporciona mediante sus nutrientes propios de la misma, permitiendo al niño un mejor desarrollo. La OMS y UNICEF 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.

La lactancia materna además de contribuir con sus nutrientes propios al desarrollo esquelético de la misma manera lo hace en el desarrollo de la musculatura oral, permitiendo esta misma acción de la succión del seno de la madre el avance mandibular y una adecuada configuración de los arcos dentarios, lo cual es primordial para el crecimiento adecuado y armonioso del nivel facial, ya que al alimentarse el niño del seno materno utiliza estructuras tanto óseas, musculares y articulares haciendo posible la maduración de estas, logrando así una mejor relación intermaxilar.

En cuanto a la lactancia a biberón, este desarrollo presenta ausencia de crecimiento y maduración por la ausencia de los movimientos protusivos de la mandíbula y se pierde la sincronización de la deglución con la respiración, obligando al lactante al consumo excesivo y sin medido de la leche sin hacer el esfuerzo suficiente por succionarla, originando un desequilibrio de fuerza que

conlleva a alteraciones óseas y musculares. La influencia de la lactancia materna en el desarrollo integral del sistema estomatognático ha sido materia de múltiples investigaciones, las cuales han demostrado que la falta de esta conlleva a una serie de situaciones como la succión y deglución inadecuadas causando alteraciones en el complejo craneofacial.

Por lo tanto, la prevención es el punto de partida para lograr un normal desarrollo y crecimiento craneofacial de los niños en su primera fase de vida. De esta manera se debe instruir a las madres para que adquieran las medidas y actitudes necesarias que estimulen el desarrollo craneofacial de sus niños. Por tal motivo, es importante poder implementar una política de salud bucodental en la comunidad peruana, fortaleciendo las correspondientes actitudes y prácticas en cuanto a la prevención.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La lactancia materna es una condición fundamental para el crecimiento y desarrollo craneofacial. El amamantamiento favorece el fortalecimiento de los músculos linguales y orofaciales, en cambio la lactancia artificial exclusiva conlleva menor actividad muscular impidiéndola protrusión mandibular natural.¹

La Organización Mundial de la Salud promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y en países subdesarrollados se extiende la lactancia materna con lactancia hasta por 2 años.²

El crecimiento de la cara es muy intenso en el nacimiento, disminuye rápidamente hasta alcanzar un mínimo en la etapa prepuberal, para luego volver a aumentar en la etapa puberal, cayendo al final de la adolescencia. Se considera que el crecimiento máximo de la cara está asociado con la erupción de la dentición temporal entre los 6 meses y 3 años, donde factores asociados a hábitos para funcionales y el amamantamiento pueden determinar la oclusión de manera permanente.³

En el contexto internacional, Gramal⁴ et al en Ecuador encontraron una relación altamente significativa entre el tipo de lactancia, tiempo de lactancia y maloclusiones en niños de 3 a 5 años, el 60.1% recibió lactancia materna exclusiva y el 55.2% tuvo oclusión normal. Requena⁵ en México identificó que los niños que recibieron lactancia materna presentaron plano terminal recto en el 29% y relación canina clase I en el 83.8%.

En el Perú, Obregón⁶ realizó un estudio en Huaraz demostrando que los niños que recibieron lactancia materna presentan relación molar con escalón mesial con un 50% y los niños con lactancia mixta predomina el plano terminal recto con 62.9%.

La lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, 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 va conformando la forma de la cavidad bucal adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. A través de las relaciones del plano terminal o post lácteo se puede establecer un pronóstico fiable respecto a la evolución de la dentición temporal hacia la permanente a partir de la interrelación de las arcadas dentarias en la dentición decidua.⁷

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú–Chiclayo, 2017?

1.3. Delimitación de la investigación

El presente trabajo de investigación se desarrolló en las instalaciones del Hospital de la Policía Nacional del Perú ubicado en la ciudad de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, específicamente en el consultorio de Pediatría, con el permiso correspondiente del Director del Hospital de la Policía Nacional del Perú y de los médicos especialistas del consultorio de Pediatría. Así mismo, fue desarrollada por la investigadora, con el apoyo de asesor especialista, siendo este mismo un especialista en Ortodoncia. Se desarrolló durante el periodo enero – marzo.

1.4. Justificación e importancia

El abordaje de los problemas de maloclusiones frecuentemente se realiza en niños con dentición mixta y permanente, pero en la revisión de la literatura se encuentran en menor cantidad los estudios que se realizan en niños con dentición temporal, sin embargo estas alteraciones suelen comenzar en edades tempranas, lo cual muestra la magnitud del problema. Con la finalidad de clasificar la oclusión en la dentición temporal o primaria se utilizaron como referencia la relación anteroposterior del plano terminal o plano post lácteo, considerando los tres tipos

de planos terminales: plano terminal recto, escalón distal, o escalón mesial, la misma que se relacionó con el tipo de lactancia que recibieron los niños hasta los 6 meses de edad, tiempo en la que se brinda de manera exclusiva.

La práctica insuficiente del amamantamiento es uno de los factores causales de los hábitos nocivos para la presencia de maloclusiones, el presente estudio se justifica debido que los estudios a nivel internacional y nacional muestran esta relación, sin embargo no existen investigaciones a nivel local, por lo tanto este estudio servirá como base otras investigaciones regionales.

En la mayoría de los casos existen anomalías oclusales que pueden ser provocadas por factores funcionales y ambientales que pueden ser prevenidos, por ello conocer la relación entre el tipo de lactancia y las anomalías oclusales es fundamental, si la investigación demuestra la hipótesis ayudaría a ampliar el programa de prevención resaltando la importancia de la lactancia materna para la prevención de maloclusiones.

1.5. Limitaciones de la investigación

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se presentaron ciertas limitaciones como:

- El trámite administrativo lento para solicitar el acceso a los ambientes del consultorio de Pediatría.

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1. Objetivo general

Relacionar tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú–Chiclayo, 2017.

1.6.2.Objetivo específico

- a. Determinar la frecuencia de tipo de lactancia en niños atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú – Chiclayo.
- b. Determinar la frecuencia del plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú–Chiclayo.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Lozano M. et al. (2015) en México, determinaron la prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en niños de 2 a 6 años mediante un estudio descriptivo transversal con 98 pacientes; obtuvo que 93,9% recibieron lactancia a seno materno y de ellos 73,5% fue por más de 6 meses. Se encontró plano terminal recto del lado derecho con mayor frecuencia en niños que lactaron por más de 6 meses. Hubo mordida cruzada posterior en 3% de los casos de niños que lactaron menos de 6 meses. Concluye que la edad o grupo étnico no es un factor determinante en la mal oclusión de los lactantes.

Cuya et al.⁹ (2015) en Perú, establecieron la relación entre el tipo de plano terminal y el género en niños de 3 a 6 años de edad en el centro de salud Masusa mediante un estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 3229 niños y la muestra fue 357 niños, utilizaron muestreo no probabilístico de tipo accidental. El plano terminal recto del lado derecho se presentó en 52.4%, distal con 6,2% y mesial 38,7% y no registraron 2,8%. El plano terminal recto en el lado izquierdo fue 45,9%, distal con 7,3% y mesial 43,7% y no registró 3,1%. Concluyen que no existe relación entre el tipo de plano terminal y el género.

Requena A.⁵ (2014) en México, investigó la influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal, evaluó 117 niños entre 3 a 5 años de edad. Obtuvo que 38,7% con lactancia materna fue por 12 meses, y 61.3% lactaron fue por 6 meses. Los casos de lactancia mixta, 20% lactaron durante 12 meses, 80% lactaron durante 6 meses. La relación molar derecha plano terminal recto se presentó en el 29% de los casos de lactancia materna, 50% de los casos de lactancia mixta y 47.6% de los casos de lactancia artificial. La relación molar izquierda plano terminal recto se presentó en los casos de lactancia materna en un 19.3%, 36.3% de los casos de lactancia mixta y 69% de los casos de lactancia artificial.

Cigüeñas E.¹¹ (2013) en Perú, determinó la influencia de la lactancia en la prevención de las maloclusiones en niños de 0 a 36 meses que asistieron al Servicio de Neonatología, Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Daniel Carrión y Cuna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Obtuvo que en el caso de los infantes con lactancia materna exclusiva 65,2% presentaron maloclusión mientras que 34,8% no presentaron mal oclusión; Lactancia de Biberón 86,1% presento mal oclusión y 13,9% no presento mal oclusión y en la Lactancia Complementaria (mixta), 71,4% presento mal oclusión y el 28,6% no presentó mal oclusión.

Obregón J.⁶ (2008) en Perú, determinó la prevalencia de tipo de escalón molar y la presencia de espacios primates en niños con dentición decidua que recibieron lactancia materna y lactancia mixta. La muestra estuvo constituida 114 niños, los niños que recibieron lactancia materna tuvieron la relación molar de escalón mesial con un 50% y en niños con lactancia mixta el plano terminal fue recto con 62.9%, los niños que recibieron lactancia mixta presentaron espacios primates superiores en 53.8% y en los niños con lactancia materna fue de 46.2%.

Blanco C.et al¹² (2005) en Venezuela, establecieron la relación entre el período de lactancia materna y la presencia de maloclusiones dentales, mediante un estudio transversal en una muestra de 226 niños preescolares de la Gran Caracas. El 58% de los niños recibieron lactancia por 6 meses o más, los niños lactados por un período menor de 6 meses presentaron de 3 a 15 veces el riesgo de presentar maloclusiones dentales al compararlos con los niños lactados por 6 meses o más. El 60,6% que recibió lactancia materna tuvo normoclusión en relación al plano terminal. Concluye que la alimentación de lactancia materna exclusiva por 6 meses o más constituye un factor de protección de las maloclusiones dentales.

2.2. Sistemas teóricos conceptuales

2.2.1.Lactancia materna

La lactancia materna se refiere a la alimentación con leche de la madre. La OMS y el UNICEF afirman que es una forma inigualable de facilitar el alimento

ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. La lactancia materna o natural se define como la alimentación del niño durante los primeros meses de su vida, que se realiza exclusivamente mamando del pecho de su madre y debe ser exclusiva durante los primeros seis meses.¹³La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.¹⁴

La lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración normal de la lactancia materna en la especie humana.¹⁵

La lactancia materna está empezando a desempeñar una función clave en la salud pública, la supervivencia infantil, la salud materna y las estrategias sanitarias nacionales e internacionales¹⁶

La lactancia materna es una de las contribuciones más importantes a la salud infantil, también mejora la salud de la madre y ayuda económicamente a la familia.¹⁷

La lactancia materna adquiere su verdadera dimensión cuando se engloba dentro del largo y complejo proceso que se inicia cuando la mujer piensa en la posibilidad de tener un hijo, es por ello que la lactancia materna como parte integral del proceso de maternidad.

2.2.2. Beneficios de la lactancia materna

La boca es un centro de placer para el niño durante la fase oral y mediante ella establece su relación con la madre .La amamantación constituye un mecanismo de compensación emocional, nutricional y de supervivencia para que el bebé se desenvuelva y crezca emocionalmenteesaludable.¹⁶

Los beneficios generales son proveer una nutrición adecuada durante la infancia temprana para asegurar el crecimiento, la leche materna contiene todos

los nutrientes que el bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida lo que es más evidente durante los periodos de enfermedad ya que cuando el apetito de los niños por otros alimentos desciende, la ingesta de leche materna se mantiene.¹⁷ La leche materna contiene factores bioactivos que refuerzan el sistema inmunológico inmaduro del bebé, otorga protección contra infecciones y factores que le ayudan a digerir y absorber bien los nutrientes.¹⁸ Los beneficios para la madre durante el periodo de lactancia exclusiva por 6 meses son la prolongación de la duración de la amenorrea, pérdida de peso de la madre, menor riesgo de padecer anemia, hipertensión, depresión postparto, osteoporosis, cáncer de mama y de ovario.¹⁹

Son pocas las situaciones que contraindican la lactancia, por ejemplo en situaciones donde está presente el VIH y virus de la leucemia humana en la madre, madres drogodependientes, radiactividad, quimioterápico o antimetabolitos en la leche materna o galactosemia clásica.²⁰

2.2.3. Mecanismo del amamantamiento

Es esencial que al niño se le ofrezca el pecho dentro de la primera media hora tras el parto. Después de la primera hora, el recién nacido suele quedar adormecido unas horas, conseguida la primera toma correcta, se garantiza con éxito las siguientes. Es ideal ofrecer el pecho a demanda, sin embargo durante los primeros 15 o 20 días de vida, es conveniente que el niño haga al menos unas 8 tomas diarias.¹⁹

El amamantamiento se realiza en dos fases:

Fase I: prensión del pezón y de la aureola y cierre hermético de los labios; la mandíbula desciende y se forma un vacío en la región anterior

Fase II: avance mandibular de una posición de reposo hasta colocar el reborde alveolar frente al del maxilar superior. Para hacer salir la leche, el bebé presiona la mandíbula contra el pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La succión creada dentro de la boca del bebé ocasiona un alargamiento del pezón

hasta 2 o 3 veces su tamaño natural para que alcance la unión del paladar duro y el blando. La lengua adopta forma de cuchara, se eleva la parte anterior de la lengua y la leche se desliza por ella hasta el paladar blando.²¹

2.2.4. Amamantamiento y crecimiento orofacial

El movimiento muscular que el niño debe efectuar con la mandíbula y la lengua, durante el amamantamiento, predomina sobre los otros huesos y músculos craneofaciales contribuyendo al desarrollo de los maxilares.^{17, 22}

El amamantamiento promueve el avance mandibular de una posición distal a una posición mesial con respecto al maxilar superior (llamado primer avance fisiológico de la oclusión). Así se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con el ejercicio de los músculos masticadores y faciales al lactar, disminuyen las maloclusiones, como: resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión.²²

Los músculos que participan durante la lactancia son el pterigoideo externo e interno, masetero, temporal, digástrico, genihioideo y milohioideo mientras que con el biberón trabajan los buccinadores y en menor medida los orbiculares de los labios.²³

La lactancia favorece la acción de la lengua que interviene en la forma del paladar, haciéndolo más redondo y plano. Cuando el bebé toma biberón, usa chupón o se chupa el dedo, la lengua no alcanza el paladar; ocasionando que la altura y el ancho del paladar quede influenciada por el objeto que se encuentra entre éste y la lengua.²⁴

2.2.5. . Diferencias entre la lactancia y el biberón

Con el uso del biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", sin producir el vacío bucal. La acción de la lengua se

dificulta pues se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche, manteniéndose plana.

No se presentan los movimientos peristálticos de la lengua con el biberón; hay una menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando la mandíbula en su posición distal.²²

El biberón se diferencia del pecho en tres puntos: el tamaño del “pico” de la tetina, el flujo de la leche y el área que rodea la tetina. El flujo de leche en el biberón no requiere de un movimiento de protrusión y retrusión de la mandíbula, si el orificio del biberón fuese pequeño, generaría un mayor trabajo muscular pero de los músculos equivocados: los músculos buccinadores potentes generan arcadas estrechas y consecuentemente falta de espacio para dientes y lengua, instalándose un patrón de deglución atípica, con las consecuentes maloclusiones.²³

2.2.6. Características de la oclusión en la dentición primaria

La oclusión dental es el fenómeno más dinámico que se observa en la boca, determina la manera en que los dientes maxilares y mandibulares hacen contacto durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración conocidos como movimientos funcionales y parafuncionales de la mandíbula.²⁶

La oclusión ideal en la dentición primaria es aquella que posee todas las características que conlleven a una oclusión ideal en la dentición permanente.²⁷ La dentición decidua varía en tamaño, posición y forma, permitiendo esto una amplia variedad de relaciones oclusales cuya repercusión en la dentición permanente es determinante.

Las características de la oclusión en la dentición decidua, principalmente se considera mediante tres aspectos: planos terminales, espaciamiento incisivo y espacios primates.²⁸ cual nos basaremos en planos terminales

La primera característica es la relación recta o escalón mesial entre los segundos molares deciduos, en casi todas las denticiones los segundos molares primarios ocluyen en una relación cúspide con cúspide de manera que sus superficies distales se encuentran en el mismo plano vertical. Con frecuencia hay un escalón mesial entre el plano vertical, que puede considerarse normal, pero también se presentan escalones distales y mesiales exagerados.^{26, 29}

Baume en 1950 analizó la relación entre las caras distales de los segundos molares primarios superiores e inferiores al hacer oclusión, y determinó que pueden terminar en un plano recto, mesial o distal. En su estudio, el 76% de los niños presentaron un plano terminal recto y lo atribuyó al diámetro mesiodistal más pequeño del molar superior en comparación con el inferior. La importancia de estos planos radica en que por distal de los segundos molares primarios hacen erupción los primeros molares permanentes y la posición que tendrán en la cavidad bucal dependerá del tipo de plano terminal presente.²⁷

El plano terminal recto permite que los primeros molares permanente se erupcionen en posición de cúspides a cúspides al exfoliarse los segundos molares temporales, los primeros molares inferiores permanentes se mesializan más que los superiores, este desplazamiento se describe como mesial tardío, el plano terminal mesial permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en Clase I y el plano terminal distal da lugar a que los molares erupcionen en Clase II, se menciona también el plano terminal mesial exagerado que va a dar lugar a que los primeros molares permanentes erupcionen en Clase III.

2.3. Definición de la terminología

Lactancia materna exclusiva: Referido a la lactancia materna, permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).¹⁵

Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).¹⁵

Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.¹⁵

Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria.¹⁵

Plano terminal: Es el plano que se encuentra perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior.⁹

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y Diseño de investigación

Tipo de investigación:

Básico cuantitativo

Método y Diseño de la investigación:

Como lo indica la mediación del especialista es observacional.

Como indica la cantidad de estimaciones de la variable de investigación es transversal.

Como indica la cantidad de variable de intriga es científica.

3.2. Población

La población estuvo conformada por 60 niños de 5 años que fueron atendidos en promedio mensual en el Consultorio de Pediatría del Hospital Policía Nacional del Perú – Chiclayo.

Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

Z: 1.96 Coeficiente de confiabilidad para un nivel de significancia de 5%.

P: 0.50

Q: 1 - P

E: 0.05 error de tolerancia

N: 60

Reemplazando:

$$n = \frac{60(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(60-1)(0.06) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n=52$$

La muestra estuvo constituida por 52 niños, que fueron seleccionados de acuerdo a la accesibilidad y proximidad de los sujetos a la investigadora.

Criterio de inclusión

- Niños de 5 años atendidos en el Consultorio de Pediatría del Hospital Policía Nacional del Perú – Chiclayo.
- Niños de 5 años con dentición decidua completa atendidos en el Hospital regional de la Policía nacional del Perú.

Criterio de exclusión

Niños de 5 años atendidos en el Consultorio de Pediatría del Hospital Policía Nacional del Perú – Chiclayo, sin consentimiento de sus padres

3.3. Hipótesis

La lactancia materna exclusiva influye positivamente en el plano terminal de los niños de 5 años que fueron atendidos en el Hospital regional de la sanidad de Policía Nacional del Perú – Chiclayo.

3.4. Variables

De estudio: Tipo de lactancia

Asociada: Plano terminal

3.5. Operacionalización

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO		ESCALA
			SEGÚN NATURALEZA	SEGÚN CARACTERÍSTICA	
Plano terminal	Recto	Derecho Izquierdo	Cualitativa	Categórica	Nominal
	Mesial				
	Distal				
Tipo de Lactancia	Materna exclusiva	Leche	Cualitativa	Categórica	Nominal
	Biberón exclusivo				
	Mixta				

Fuente: Elaboración propia

3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Abordaje metodológico

La investigación estuvo sustentada en el método deductivo, que son inferencias hechas a partir de un conocimiento ya existente, organiza los conocimientos que ya se conocen y señala nuevas relaciones conforme pasa de lo general a lo

específico, sin llegar a constituir una fuente de verdades nuevas. Este método ofrece los recursos para unir la teoría y la observación, además permitir la deducción a partir de la teoría sobre los fenómenos a observarse.³¹

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

La observación fue utilizada para la recolección de la información clínica que permitió determinar la prevalencia de plano terminal en los niños de cinco años con dentición decidua; mediante el registro sistemático, válido y confiable de los hechos o fenómenos a investigar.

Para la recolección se utilizó el muestreo no probabilístico de selección por conveniencia".

3.6.3. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos (anexo n° 1) que estuvo constituida de:

1. Número de ficha: Fue enumerada de manera correlativa de acuerdo a la evaluación realizada, empezando por el número 1 hasta llegar al número 52.
2. Nombres y apellidos de la madre y el niño: Se colocó los datos de madre y niño con la finalidad de guardar un registro que posteriormente será codificado para garantizar la confidencialidad.
3. Dos tablas: La primera, registró la información proporcionada por la madre sobre el tipo de lactancia que recibió el niño, los primeros seis meses de vida. Se marcó con un aspa el tipo de lactancia (exclusiva a seno materno, lactancia exclusiva a biberón, y lactancia mixta).

La segunda tabla recopiló la información del examen clínico con respecto a la relación molar, de acuerdo a lo siguiente:

La investigadora pasó por un proceso de calibración (Anexo n°2) con un especialista en ortodoncia para la estandarización de criterios clínicos. Se procesaron los datos con un intervalo de confianza de 95%, obteniéndose un índice de 1 en Coeficiente de Kappa de Cohen (Anexo n°3), demostrando una Fuerza de concordancia Muy Buena.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

A. Aprobación del proyecto:

El proyecto de investigación fue revisado por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán, para posteriormente pasar a la revisión del Jurado de Tesis y obtener el Dictamen de aprobación del proyecto, que permito proceder a realizar las coordinaciones pertinentes con el Director del Hospital de la Policía Nacional del Perú y con los médicos especialistas del consultorio de Pediatría.

B. Autorización para la ejecución:

Se solicitó autorización al Director del Hospital (anexo n°4), para realizar la investigación durante los meses de Enero a Marzo, para tal efecto se hizo la entrega de una Carta de Presentación otorgada por la Dirección de la Escuela de Estomatología, informando el propósito del estudio y el cronograma de actividades a desarrollar durante el proceso de recolección de datos.

C. Recolección de Datos

El examen clínico se realizó durante los días lunes, miércoles y viernes, dentro del consultorio de pediatría. Previamente las madres fueron informadas sobre el propósito del estudio y se obtuvieron sus firmas en el documento de consentimiento informado.

El niño fue sentado en una silla mientras que la examinadora se posicionó en otra, de tal manera que quedaron frente a frente. La examinadora contó con las

barreras de protección de bioseguridad (mascarilla, guantes y lentes de protección) así como también un fronto luz para mejorar la visibilidad.

Se solicitó al niño que abra la boca y con la ayuda de un espejo bucal se contaron las piezas deciduas presentes para verificar que la dentición decidua se encuentre completa y sin alteraciones de número, forma o estructura para continuar en el estudio.

Se verificó el plano terminal de las segundas molares deciduas y la información fue registrada en la ficha de recolección de datos.

Finalmente se preguntó a la madre el tipo de lactancia que brindó a su hijo hasta los seis meses de edad.

3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos

La información fue registrada en una base de datos para ser analizada en el Software estadístico SPSS versión 22 en entorno Windows. Los resultados fueron presentados mediante estadística descriptiva en cuadros univariados con frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales, además de gráficos para resultados de interés. Para el análisis inferencial de las variables cualitativas se utilizará Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

3.9. Principios éticos

Para la ejecución de la presente investigación se contaron con la autorización de la Escuela de Estomatología de la Universidad, en concordancia con las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki II adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 60° Asamblea General (Fortaleza, 2013), recomendaciones que guían a los médicos en investigación biomédica que involucra a seres humanos.

Se respetaron en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos, informando al paciente a la madre del niño sobre el propósito del estudio y su

aceptación será manifestada mediante la firma del documento de Consentimiento Informado (Anexo n°5).

3.10. Criterios de rigor científico

La investigación reunió los criterios de rigor científico de validez y confiabilidad que permitan repetir los métodos, técnicas y procedimientos en otros estudios similares.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos

Tabla 1:

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.

Plano terminal		tipo de lactancia			Total
		Lactancia exclusiva a seno materno	lactancia exclusiva a biberón	lactancia mixta	
Plano terminal recto	Recuento	13	4	4	21
	% del total	25,0%	7,7%	7,7%	40,4%
Plano terminal mesial	Recuento	6	6	11	23
	% del total	11,5%	11,5%	21,2%	44,2%
Plano terminal distal	Recuento	2	0	6	8
	% del total	3,8%	0,0%	11,5%	15,4%
Total	Recuento	21	10	21	52
	% del total	40,4%	19,2%	40,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	p	Decisión
Chi-cuadrado de Pearson	11,199	4	,024	P < 0.05
Razón de verosimilitud	12,663	4	,013	P < 0.05
Asociación lineal por lineal	7,969	1	,005	P < 0.01
N de casos válidos	52			

Fuente: Ficha de recolección de datos

El valor de la prueba Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0.05$), esto indica que la lactancia materna se relaciona con el plano terminal. El 25% de niños que recibieron tipo de lactancia materna exclusiva, presentan plano terminal recto; mientras el 21.2% de niños que recibieron lactancia mixta, presentan plano terminal mesial.

Tabla 2

Frecuencia del tipo de lactancia en niños atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú – Chiclayo.

	Tipo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Lactancia materna exclusiva	21	40.4%
	Lactancia biberón exclusivo	10	19.2%
	Lactancia mixta	21	40.4%
	Total	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El tipo de lactancia, en niños atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú – Chiclayo, que más predomina es la lactancia materna exclusiva y la mixta con un 40,4 %.

Tabla 3

Frecuencia del plano terminal molar en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú–Chiclayo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Plano terminal recto	21	44.2%
	Plano terminal mesial	23	40.4%
	Plano terminal distal	8	15.4%
	Total	52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El plano terminal predominante, en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú–Chiclayo, fue el recto, con 44.2%; mientras el plano mesial y distal presentaron un porcentaje de 40.4 y 15.4% respectivamente.

DISCUSION

El estudio encontró que la lactancia materna se relaciona con el plano terminal ($p < 0.05$). El 25% de niños que recibieron tipo de lactancia materna exclusiva, presentaron plano terminal recto; mientras el 21.2% de niños que recibieron lactancia mixta, presentaron plano terminal mesial. Por otro lado, Requena A.⁵, después de evaluar 117 niños entre 3 a 5 años de edad encontró que la relación molar derecha plano terminal recto se presentó en el 29% de los casos de lactancia materna, 50% de los casos de lactancia mixta y 47.6% de los casos de lactancia artificial. Mientras el estudio encontró predominancia del plano terminal recto en niños que recibieron lactancia materna exclusiva; Requena encuentra la menor frecuencia de plano terminal recto en la lactancia materna exclusiva. Es posible que diferencias entre los factores como el tamaño de muestra y etnia puedan explicar la diferencia de hallazgos para ambos estudios.

De la misma manera al ser comparado con Cigüeñas RayaEdit M.¹¹, el cual obtuvo que la lactancia materna exclusiva en niños de 0 – 36 meses con un porcentaje de 65.2% si presentaron maloclusion y un 34.8% no presentaron maloclusion, no coincidiendo los resultados por lo investigado, donde si hay relación entre el tipo de lactancia y el plano terminal y en conjunto a ello se conlleva a una futura maloclusion. Podemos deducir que el estudio realizado por Cigüeñas RayaEdit M.¹¹ fue realizado en una población de niños de menores edades que muchas veces no colaboran con las consultas o tratamientos odontológicos, la cual son diferentes a la población examinada por nuestro estudio. De esta manera estos últimos estudios fueron realizados en una población extranjera de las cuales sus costumbres, alimentación y genética son diferentes a la población examinada por nuestro estudio.

En el presente estudio del total de la muestra se pudo observar que el tipo de lactancia que más predomina es la lactancia materna exclusiva y mixta con un 40,4 %. Del mismo modo los pacientes del estudio realizado de Blanco Celes, Lucila, et al¹², presentaron un mayor porcentaje de con pacientes de lactancia exclusiva hasta los 6 meses a más, con un 60.6%. Resultados similares se encontraron en el estudio de Lozano et al⁸ donde predomino la lactancia materna con 73,5% por más de 6 meses. Lo que nos hace pensar que debemos de concientizar a las madres gestantes sobre la alimentación de lactancia materna exclusiva los primeros meses de vida. Para así poder evitar las maloclusiones y mal formación mandibular en nuestros infantes

Del total de la muestra se pudo observar que el plano terminal de mayor frecuencia es el tipo de plano recto con un 40.4% en niños en relación con la lactancia materno exclusiva y lactancia mixta. Resultados similares se encontraron en el estudio de Cuya et al.⁹ donde el plano terminal recto del lado derecho se presentó en 52.4%, distal con 6,2% y mesial 38,7%. El plano terminal recto en el lado izquierdo fue 45,9%, distal con 7,3% y mesial 43,7% y no registró 3,1%. Sin embargo no coincide con el estudio de ObregonJ.⁶ encontrándose que los niños que recibieron lactancia materna tuvieron la relación molar de escalón mesial con un 50% y en niños con lactancia mixta el plano terminal fue recto con 62.9%. Posiblemente esta discrepancia se debe a que en este último estudio se analizó a una mayor población de 357 niños.

CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre el tipo de lactancia materna y el plano terminal en niños de 5 años atendidos en el Hospital Regional Policía Nacional del Perú–Chiclayo, 2017.
2. Los tipos de lactancia materna que más predominaron, en los niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la sanidad de policías del Perú – Chiclayo, son la lactancia materno exclusiva y la lactancia mixta
3. El plano terminal que más predominó, en los niños de 5 años atendidos en el hospital regional de la sanidad de policías del Perú – Chiclayo, fue el plano terminal recto.

RECOMENDACIONES

1. Promover y educar a la madre desde la gestación para promover la lactancia materna exclusiva.
2. Implementar una política de salud bucodental, educando a las madres de familia sobre las diversas maloclusiones que pueden presentar sus niños a causa de las diferentes tipos de lactancia consecuencias que traería.
3. Crear programas que eduquen a la madre en la correcta posición del amamantamiento y la importancia que tiene ello en el desarrollo mandibular.
4. Realizar estudios comparativos similares con un número de muestra mayor y con distribución aleatoria, la información hallada será complementaria al presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becerra Da Silva L. Tratado de odontopediatría. Venezuela: Amolca; 2008.
2. Carrasco, Loya. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima, Rev. Estomatológica Herediana. 2009;19(2):83-90.
3. Canut J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson;2000. p.69-93.
4. Gramal E, Navarrete N, Palacios E. Relación entre lactancia y maloclusiones en preescolares de 3-5 años de la parroquia Miguel Egas Cabezas-Otavalo. Odontología. 2015;17:75-80.
5. Requena A. Influencia de la lactancia materna en la oclusión en la dentición temporal.[Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Odontología; 2014.
6. Obregón J. Tipo de escalón molar y espacios primátides en dentición decidua en niños de 3 a 5 años que recibieron lactancia materna y mixta en la provincia de Huaraz, Ancash. [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Escuela Profesional de Estomatología; 2008.
7. Baume L J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion Part I. The biogenetic course of deciduous dentition. J Dent Res. 1950; 29: 123-132.
8. Lozano M. Prevalencia de maloclusiones en dentición primaria en relación a la lactancia materna en pacientes indígenas de la Clínica Esquímulas en Chiapas, México. [Tesis magistral]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología; 2015.
9. Cuya R, Paredes S. Prevalencia de plano terminal según género en niños de 3 a 6 años en el centro de salud Masusa, 2014. [Tesis]. Iquitos:

Universidad Peruana del Oriente. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Estomatología; 2015.

10. Flores A. Asociación de las características oclusales con la edad y género en niños con dentición decidua de una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte en el año 2013.[Tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
11. Cigüeñas E. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones, en infantes de 0 a 36 meses de edad. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2013.
12. Blanco L, Guerra E, Rodríguez S. Lactancia materna y maloclusiones dentales en preescolares de la Gran Caracas. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 45(2): 1-6.
13. Ustrel JM, Sanchez-Molins M. Fisiología bucal infantil: función y crecimiento de la cavidad oral. *Matronas Profesion* 2003; 4 (14).
14. Enlow D. Crecimiento Maxilofacial. México, D.F; Interamericana / McGraw-Hill; 1992.
15. Cujíño M, Lactancia materna: Factor protectorio de la dentición. Hacia la promoción de la Salud. *Manizales*. 2004; 9: 45 – 51.
16. Andrade M, editor. *Odontologiaem bebes: Protocolos clínicos, preventivos e restauradores*. Sao Paulo: Livraria Santos; 2005.
17. Blanco L, Guerra ME, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta Odontológica Venezolana* 2007; 45: 71-3.
18. Stuebe AM, Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J Perinatol* 2009 [Epub ahead of print].

19. Lasarte JJ. Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría(AEP), 2008. Disponible en: URL: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
20. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactanciamaterna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. AnPediatr (Barc) 2005; 63: 340-56.
21. Wagner CL. Counseling the breastfeeding mother. E-medicine (revista médica en línea) junio 2009. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/979458-overview>
22. López Y, Arias M, Zelnenko O. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortop 1999; 14: 32-8.
23. Carvalho GD. El Amamantamiento bajo la observación funcional y clínica de la Odontología. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1998; 17: 229-31.
24. Palmer, B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary. J Hum Lact 1998; 14: 93-8.
25. Moimaz SA, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breastfeeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2008; 26: 102-6.
26. Smith RJ. Aparición de la oclusión y maloclusión. J Clin Ped 1982; (3): 467-483.
27. Barnett EM. Terapia oclusal en odontopediatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1980: 34-9.
28. Villavicencio JA, Fernández VMA, Magaña AL. Ortopedia dentofacial. México: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1996:230-7.

29. Finn SB. Odontología pediátrica. 9a. Ed. México: Editorial Interamericana; 1976: 35-6.
30. Serna C, Silva R. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. Investigación. 2005;62(2):45-51.
31. Dávila G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. Universidad Pedagógica Experimental Libertador - Venezuela. Laurus [Internet]. 2006 [citado 2016 Oct 05]; 12: 180-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76109911.pdf>
32. Asociación Médica Mundial. [Internet]. WMA; 2016. [citado 1 oct 2016]. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/.10policies/b3/>

ANEXOS

**ANEXO 1.
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N° Ficha:

Nombre de la madre: _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha: _____

	LACTANCIA EXCLUSIVA A SENO MATERNO	LACTANCIA EXCLUSIVA CON BIBERÓN	LACTANCIA MIXTA (A SENO MATERNO Y BIBERÓN)
TIPO DE LACTANCIA (hasta los seis meses)			

		DERECHA	IZQUIERDA
PLANO TERMINAL	Escalón recto		
	Escalón mesial		
	Escalón distal		

ANEXO 2. CONSTANCIA DE CALIBRACION

ANEXO 2. CONSTANCIA DE CALIBRACION

Mediante el presente documento hago constar que la alumna investigadora se ha calibrado con mi persona en el uso de instrumento de recolección de datos para la comparación de Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años del HR.PNP.chiclayo. Como parte de la investigación titulada: de Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años del HR.PNP.chiclayo-2017. Investigación que se realizara con el fin de optar el Título profesional de Cirujano Dentista de la estudiante:

TORRES PAZ NEYVI LARIXA

Concluyo que la estudiante esta calibrada para la comparación de Relación entre tipo de lactancia y plano terminal en niños de 5 años del HR.PNP.chiclayo.

Doy fé de lo expuesto.

Chiclayo, 31 de Marzo del 2017



CD. ESP. Rondan Cueva Luis A.

COP.4644

RNE. 1304

ANEXO 3. MEDIDAS DE CONCORDANCIA

Medidas de concordancia: el índice Kappa (Tabla 2 x 2)

Observador 1	Observador 2		Marginal
	1	2	
1	1	0	1
2	0	1	1
Marginal	1	1	2

ACUERDO OBSERVADO	1.00
ACUERDO ESPERADO	0.5

ÍNDICE KAPPA	ERROR ESTÁNDAR	I.C 95%	Fuerza de la concordancia
1.000	0.000	(1.00 , 1.00)	Muy buena

ANEXO 4.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

Investigadora: Torres Paz Neyvi Larixa

Título: RELACIÓN ENTRE LACTANCIA Y PLANO TERMINAL EN NIÑOS DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ-CHICLAYO, 2017

Propósito del Estudio: DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE LACTANCIA Y PLANO TERMINAL EN NIÑOS DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ-CHICLAYO, 2017

Sr/Sra, invitamos a su menor hijo a participar en esta investigación. La lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, 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 va conformando la forma de la cavidad bucal adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior.

Beneficios:

Los resultados obtenidos en este estudio permitirá cuál es la relación entre el tipo de lactancia recibida por el niño y su relación con la oclusión de los niños. Se informarán los resultados obtenidos de esta investigación y las madres podrán tomar conciencia acerca del rol fundamental de la lactancia en el crecimiento y desarrollo de los dientes y su oclusión.

Costos e incentivos:

No existe pago no incentivo alguno por participar en el estudio.

Riesgos e incomodidades:

No existe ningún riesgo en durante el examen bucal de sus niños. Ud participará durante el examen para brindar el apoyo necesario para la exploración.

Procedimientos:

Se solicitará la firma del consentimiento informado para obtener su autorización y proceder a la evaluación clínica de su niño, se le pedirá que colabore durante la evaluación en la cual se procederá a verificar el tipo de mordida que tiene el niño a nivel de las segundas molares.

Confidencialidad

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora, manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada examen clínico será codificado. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación

Contacto :

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con el investigador: _____ al teléfono _____. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074-481610 anexo 6203

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo/a participe en este estudio, también entiendo el que pueda decidir o no participar aunque yo haya aceptado y que puedo retirar a mi hijo del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Madre

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

ANEXO 5

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTUDIO

Título: RELACIÓN ENTRE LACTANCIA Y PLANO TERMINAL EN NIÑOS DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ-CHICLAYO, 2017.

Investigadora: Torres Paz Neyvi Larixa

Facultad de Ciencias de la Salud - USS

Teléfono: 074- 481610 anexo 6203

Sr/ Sra, invitamos a su menor hijo a participar en esta investigación. La lactancia materna además de los múltiples beneficios que tiene sobre la madre y el hijo, 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 va conformando la forma de la cavidad bucal adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior.

Beneficios:

Los resultados obtenidos en este estudio permitirá cuál es la relación entre el tipo de lactancia recibida por el niño y su relación con la oclusión de los niños. Se informarán los resultados obtenidos de esta investigación y las madres podrán tomar conciencia acerca del rol fundamental de la lactancia en el crecimiento y desarrollo de los dientes y su oclusión.

Costos e incentivos:

No existe pago no incentivo alguno por participar en el estudio.

Riesgos e incomodidades:

No existe ningún riesgo en durante el examen bucal de sus niños. Ud participará durante el examen para brindar el apoyo necesario para al exploración.

Procedimientos:

Se solicitará la firma del consentimiento informado para obtener su autorización y proceder a la evaluación clínica de su niño, se le pedirá que colabore durante la evaluación en la cual se procederá a verificar el tipo de mordida que tiene el niño a nivel de las segundas molares.

Confidencialidad

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora, manejará la información obtenida, la cual es anónima,

pues cada examen clínico será codificado. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación

Contacto :

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora: _____ al teléfono _____. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074-481610 anexo 6203

Cordialmente,

DNI: _____