

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Odontología.
UNAN - LEÓN.



Monografía para optar al Título de Cirujano Dentista.

Prevalencia de los hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años del área urbana del Municipio de Telica, León en el período comprendido de Abril a Mayo del 2002.

Autores: *Br. Fátima Lorena Córdoba Núñez.*
Br. Kenia Patricia Hernández Areas.

Tutor: *Dr. Julio Gómez*
Especialista en Ortodoncia.

Asesora: *Dra. Tania Almendárez*
Master en Salud Pública.

Octubre, 2002.

INTRODUCCIÓN:

Desafortunadamente en nuestro País gran parte de los Odontólogos, por tradición, han dado mayor importancia a la curación y rehabilitación de los problemas Odontológicos que a la prevención de los mismos, debido a que sienten mayor satisfacción al realizar tratamientos que el paciente puede percibir que cuando aplican métodos preventivos. Aunque la Odontología curativa es necesaria, la Odontología preventiva adquiere mayor importancia al obtener grandes y notables resultados.

En la población infantil existen diversos problemas Odontológicos, entre ellos los hábitos bucales deformantes que al no ser detectados a tiempo evolucionan con consecuencias posteriores.

A inicios del siglo XIX surge el interés por los hábitos orales, motivando a los odontólogos y especialistas de esta época a realizar estudios, confirmando que dichos hábitos provocan deformaciones dentofaciales. A través de los años se han realizado diferentes estudios acerca de la prevalencia de los hábitos bucales deformantes variando ésta del 46 al 65%. Estudios recientes demuestran que el hábito más frecuente es la Succión Digital.

Debido a la alta frecuencia encontrada en otros estudios de prevalencia y al desconocimiento del comportamiento del problema en la zona, consideramos justificable determinar la prevalencia de hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años del Municipio de Telica, con el objetivo de proporcionar datos que sirvan como base para diseñar estrategias de intervención basadas en la prevención, ya que la solución es la educación de los padres y pacientes.

OBJETIVOS:

General:

- Determinar la frecuencia de algunos hábitos bucales deformantes en escolares de 4, 8 y 12 años del área urbana del Municipio de Telica, León en el período comprendido de Abril a Mayo del 2002.

Específicos:

- Medir la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de hábitos bucales deformantes según edad.
- Establecer la prevalencia de hábitos bucales deformantes según sexo.

MARCO TEÓRICO

Un hábito se puede definir como la costumbre o práctica que se adquiere por la frecuente repetición de la misma. La formación de este hábito depende grandemente de ciertas condiciones internas, tales como tendencias afectivas, atención y voluntad. (3,9)

La práctica de los hábitos deletéreos puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia de ello, anomalías morfológicas y funcionales del aparato masticatorio. (9)

Los hábitos deletéreos que más frecuentemente observamos son:

1. Succión Digital
2. Protracción Lingual
3. Respiración Bucal

Con menos frecuencia se observan:

1. Succión y mordisqueo del labio
2. Onicofagia
3. Hábitos posturales.

Succión Digital

La Succión Digital es la colocación y succión de cualquier dedo o dedos en el interior de la boca de manera repetida tanto en el día como en la noche. El hábito de Succión Digital debe ser considerado como un patrón de conducta de naturaleza multivariada, aunque está bien aceptado que llena una necesidad emocional en algunos niños; en especial ya avanzada la infancia. (2,6,9)

Existen circunstancias y horas determinadas del día que influyen en este hábito, por lo general los niños tienden a realizarlo cuando están cansados o el ambiente en el que se

desenvuelven les resulta nuevo o intimidante. Los dedos que con mayor frecuencia se succionan en orden descendente, son: dedo pulgar, dedo índice, dedo medio, dedo anular. A veces puede haber succión de dos o más dedos a la vez. (8)

Los cambios dentales producidos por la Succión Digital dependen de:

Intensidad: es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.

Duración: es la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de uno o más dedos.

Frecuencia: es el número de veces que se realiza el hábito durante el día o la noche.

Estos tres factores son muy importantes a la hora de que se produzca el movimiento dental, pero la duración tiene la función más crítica en estos movimientos, ya que se requiere de cuatro a seis horas de aplicación de fuerza por día de manera persistente. Cuando se succiona con gran intensidad y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental. (8)

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

1. De la posición del o los dedos en la boca.
2. De la acción de palanca que ejerce el niño contra las otras piezas y el alveolo, por la fuerza que se genera si además de succionar presiona contra las piezas. (4)

Signos Clásicos del Hábito Activo (8)

Mordida abierta anterior: es la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión. Es producida porque el o los dedos se apoyan directamente en los incisivos, originando un ligero aumento en la abertura vertical e impidiendo la erupción de los dientes anteriores, mientras los posteriores lo hacen con libertad.

Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los incisivos inferiores.

Colapso de la arcada superior producido por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y de la lengua. (8)

Al examen de las manos y de los dedos del paciente se encontrará que de nueve dedos o uñas sucias, uno o más dedos pueden estar limpios y con callos. En jovencitas que utilizan barniz para uñas, la uña involucrada se encontrará sin barniz. (1)

La Succión Digital no genera verdaderas maloclusiones de clase II, a lo sumo puede producir deformaciones de las apófisis alveolares y de los dientes directamente involucrados en este hábito, mal alineamiento y un retardo de la erupción, ésta será toda la maloclusión. (2)

La mayoría de los niños dejan la succión a los cuatro o cinco años de edad, bastante antes de la erupción de los dientes permanentes superiores. Si el hábito es interrumpido en este momento no ejerce efecto alguno sobre la alineación o la erupción de los dientes permanentes. Si persistiera en el período eruptivo de los incisivos superiores permanentes habría perturbación de la erupción, del alineamiento o de ambos. (2)

La Succión Digital es común en casi el 50% de los niños al año de edad, a los seis años solamente el 15 al 20% y de los nueve a los catorce años persiste menos del 5%. (2)

Protracción Lingual

Es el desplazamiento de la lengua hacia delante entre los dientes superiores e inferiores durante la deglución. Constituye un patrón de deglución anormal o retención del mecanismo de deglución infantil que condiciona a un desequilibrio de los músculos orofaciales y problemas oclusales. (6)

La lengua del neonato está bastante restringida en sus movimientos. Después de cuatro semanas se hace visible un movimiento de la lengua hacia atrás, a las doce semanas a la presentación del pezón, la lengua aplanada puede estar en el borde del labio o más allá. En reacción al alimento sólido, la lengua de un bebé a las 16 semanas muestra una tendencia a eyectar los alimentos que gradualmente se verá inhibida. A la presentación del

pezón o la cuchara, la lengua va hacia atrás y hasta puede hundirse anticipadamente, los movimientos laterales de la lengua, relacionados con la deglución se tornan más definidos. A los dos años pasa la lengua por el labio superior y a los tres años es capaz de barrer con la lengua todo el labio superior. Con el mayor control de la lengua llega una transición más rápida, de la deglución del bebé a la del adulto. (2)

En el acto de deglución anormal se encuentra que la lengua se desplaza hacia delante, con el dorso de ésta alejado de la bóveda palatina, el labio superior permanece sin funcionar mientras el labio inferior se encuentra proyectado hacia las superficies palatinas de los incisivos superiores.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o función), también funciona como causa eficaz de maloclusiones. (5)

Respiración Bucal

La Respiración Bucal es el hábito en el cual la mayor parte de las funciones respiratorias se realizan por la boca y no por la nariz.

La expresión Respiración Bucal no es en realidad la más adecuada, es preferible “Respiración Buconasal”, pues la Respiración Bucal en sí es rara. En este estudio se utilizará el término de Respiración Bucal pero el abordaje estará enfocado a las características de la Respiración Buconasal. (2)

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: (4)

1. **Por obstrucción:** son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Al existir dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

2. **Por hábito:** el niño que por costumbre respira continuamente por la boca, aunque se haya eliminado la obstrucción.
3. **Por anatomía:** Es aquel cuyo labio superior corto no la permite cerrar por completo la boca.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. **Hipertrofia** causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
2. **Tabique nasal desviado** con bloqueo del conducto nasal.
3. **Adenoides agrandadas.**

Debido a que el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hipertrófico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca. Esto puede corregirse por sí solo al crecer el niño. (4)

Las características típicas de la Respiración Bucal son: maxilar superior estrecho, tercio facial largo y tendencia a las mordidas cruzada y abierta. Se ha observado que los respiradores bucales presentan con frecuencia problemas de tejido gingival irritado en el arco anterosuperior. (2,8)

DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Este estudio se realizó en los dos centros escolares del área urbana del Municipio de Telica, ubicado a 102 Km al Oeste de la capital, limitando al Norte con los Municipios de Chinandega y Villanueva, al Sur con el Municipio de León, al Este con el Municipio de Malpaisillo y al Oeste con los Municipios de Quezalguaque y Posoltega. Dichos centros escolares presentan características muy similares, construcciones de concreto, sistema de agua potable, luz eléctrica, letrinas, ladrillos y techo de zinc.

Población de estudio:

Estuvo constituida por todos los niños de 4, 8 y 12 años que estudian en los centros escolares “Miguel Larreynaga y Silva” y “Santiago Apóstol”. Del total de niños examinados, 142 pertenecen al colegio Miguel Larreynaga y Silva y 112 al colegio Santiago Apóstol; sumando un total de 254 niños.

Recolección de datos:

Previo a la recolección de la información, el tutor entrenó a las examinadoras en el uso de los indicadores a utilizar, realizó una aplicación piloto del instrumento de recolección de la información en las clínicas de odontopediatría; con el objetivo de unificar criterios y evitar el levantamiento de datos distorsionados. Posteriormente se procedió a solicitar autorización escrita a la dirección de cada centro escolar, notificándose los objetivos y propósito del estudio, explicándoles el proceso que se llevaría a cabo y solicitándoles su colaboración.

La recolección de la información se realizó en cada centro de estudio: en las horas asignadas por la dirección de cada uno de ellos. Para ello se fue llamando a cada escolar y fuera del aula de clase, en condiciones de iluminación natural, sentado en un asiento escolar se les realizó el examen clínico y físico, para determinar la presencia o no de los hábitos bucales deformantes, incluidos en este estudio. La información de cada escolar fue anotada en una ficha diseñada con este propósito.

Variables estudiadas:

Las variables estudiadas fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Succión Digital.
- Protracción Lingual.
- Respiración Bucal.

Se incluyeron en el estudio estos tres hábitos por ser los que la literatura señala como los mas frecuentes de la población infantil.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Respiración Bucal	Cuando la mayor parte del aire inspirado se realiza por la boca.	Cuando al colocar el espejo bucal en las fosas nasales no se empañe. El tejido gingival se encuentra irritado en el sector anterosuperior. Labios separados y resecos. Estrechez del arco maxilar. Tercio facial largo. Hipotonía del ala de la nariz.	Presente Ausente

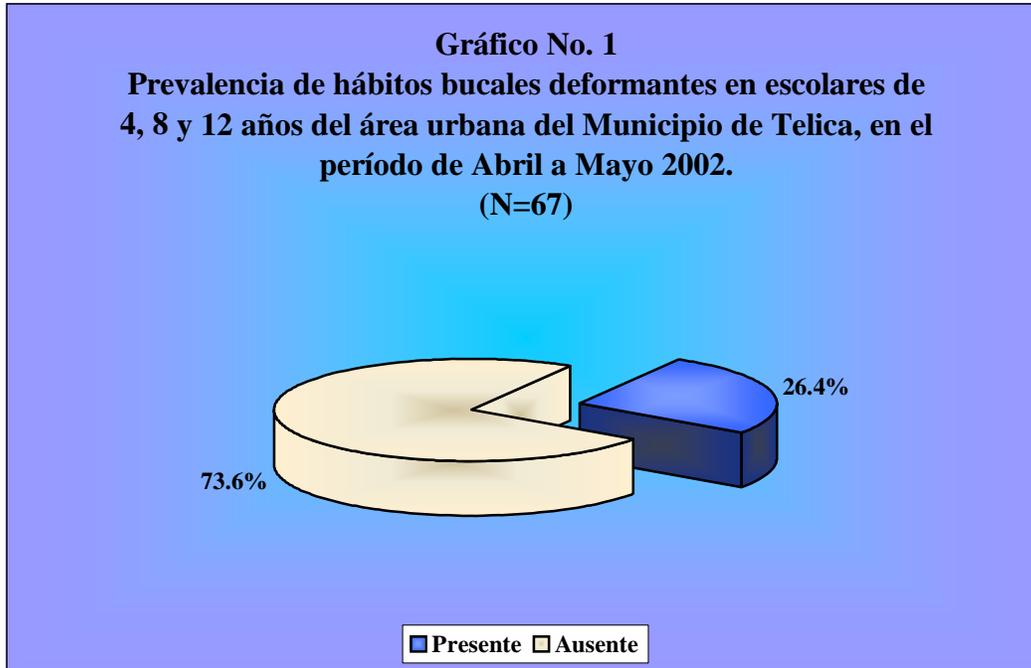
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALORES
Sexo	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.	Características físicas externas	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la observación.	Años cumplidos.	4 años 8 años 12 años

Procesamiento y análisis de los datos:

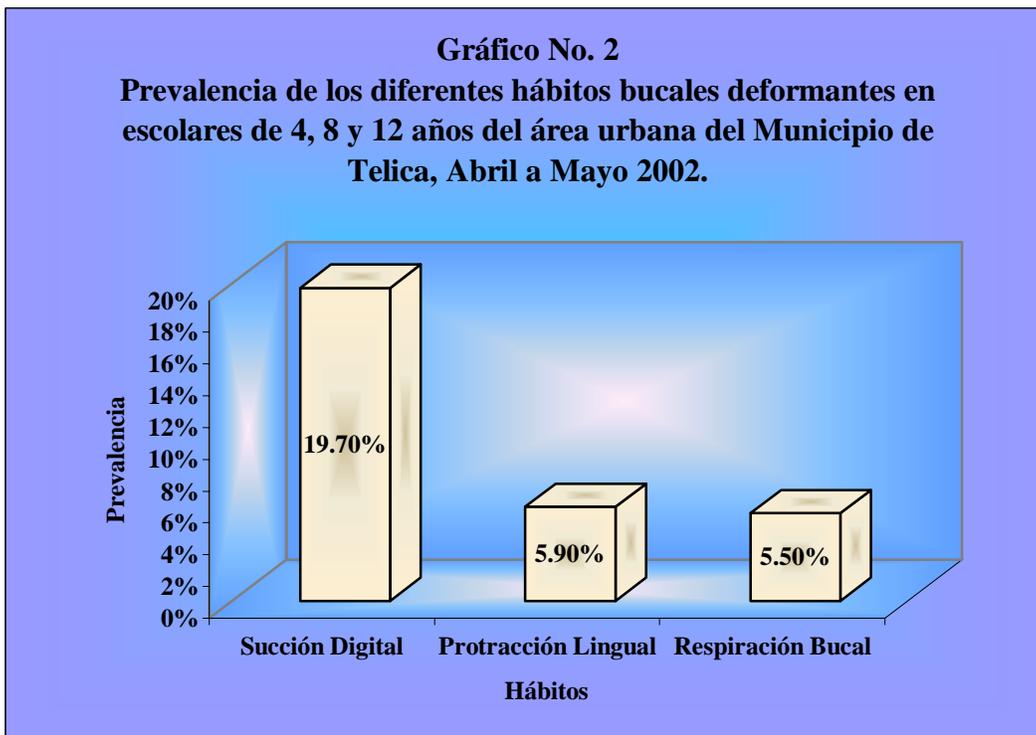
Los datos se procesaron en el programa estadístico EPI-INFO versión 6.04.

Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos, expresados en porcentajes.

RESULTADOS



Aproximadamente un cuarto de los niños examinados presentó hábitos bucales deformantes.



El hábito bucal deformante con mayor prevalencia fue Succión Digital, seguido de Protracción Lingual y Respiración Bucal.

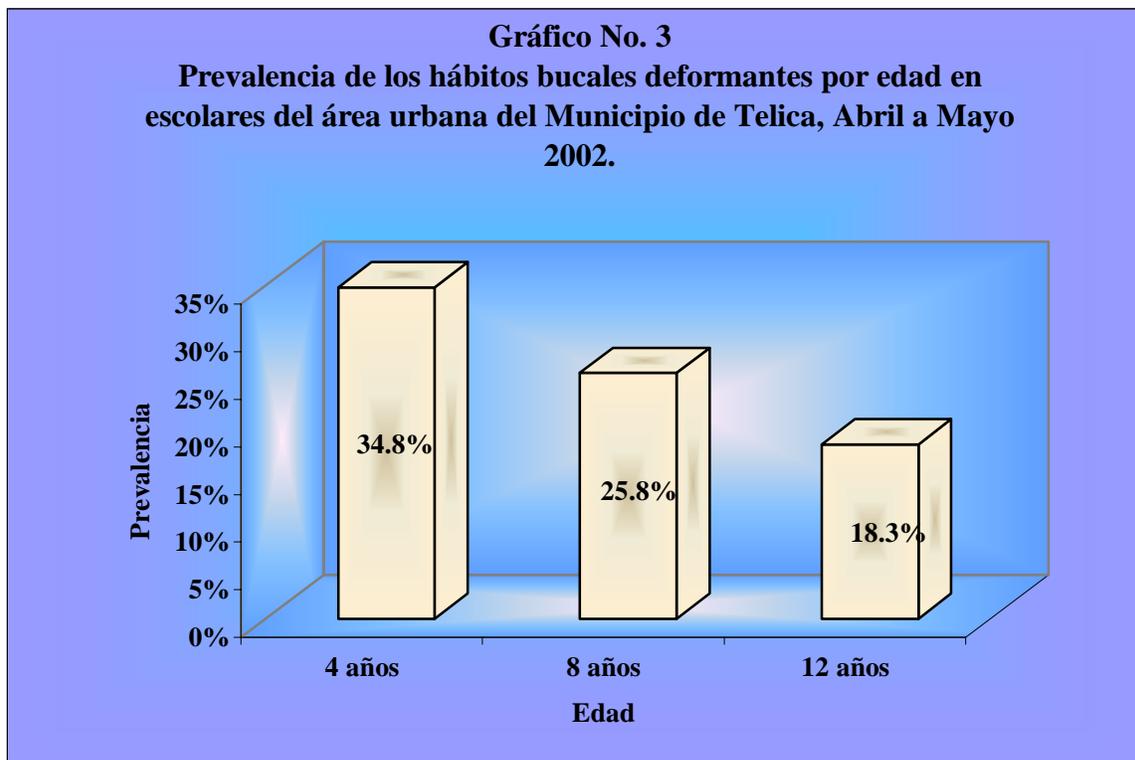
Cuadro No. 3

Distribución porcentual de hábitos combinados en escolares de 4, 8 y 12 años del área urbana del Municipio de Telica , 2002.

(N=67)

Hábitos Combinados	Número	Porcentaje
Succión/Protracción	8	11.9
Succión/Respiración	4	5.9
Respiración/Protracción	0	0

Algunos niños presentaban más de un hábito, siendo la combinación más frecuente Succión/Protracción, seguido de Succión/Respiración.



En general, la prevalencia de los hábitos bucales deformantes tiende a disminuir conforme aumenta la edad.

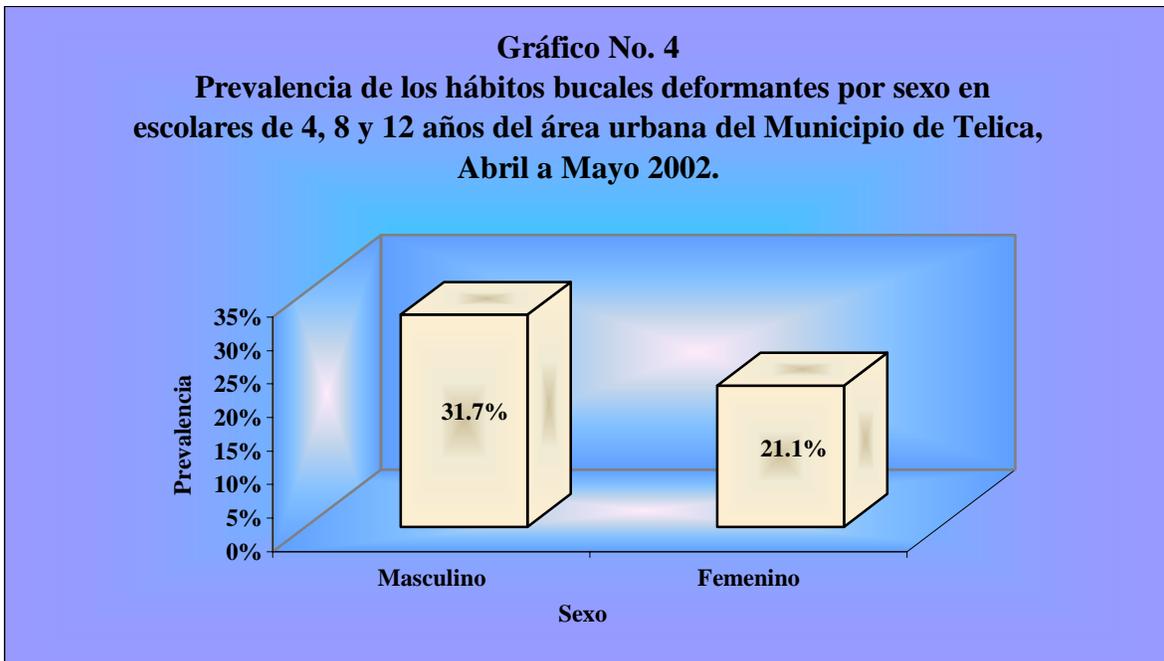
Cuadro No. 5

Prevalencia de hábitos bucales deformantes según edad en escolares del área urbana del Municipio de Telica, 2002.

(Se incluyen los 12 niños con hábitos bucales combinados.)

Edad \ Hábito	N	Succión		Protracción		Respiración	
		No.	%	No.	%	No.	%
4 años	66	16	24.2	3	4.5	9	13.6
8 años	128	26	20.3	7	5.5	4	3.1
12 años	60	8	13.3	5	8.3	1	1.7

La prevalencia de los hábitos Succión Digital y Respiración Bucal mostraron tendencia a disminuir a medida que avanzaba la edad, sin embargo el hábito de Protracción Lingual aumentó conforme avanzaba la edad.



La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue mayor en el sexo masculino que en el femenino.

Cuadro No. 7

Prevalencia de hábitos bucales deformantes según Sexo en escolares de 4, 8 y 12 años del área urbana del Municipio de Telica, 2002.

Sexo \ Hábito	Población	Succión		Protracción		Respiración	
		No.	%	No.	%	No.	%
Masculinos	126	33	26.2	8	6.3	7	5.6
Femeninos	128	17	13.3	7	5.5	7	5.5

Para cada uno de los hábitos estudiados la prevalencia fue mas alta entre escolares del sexo masculino. La diferencia mas grande se presentó en el hábito de Succión Digital, en donde la prevalencia en el sexo masculino fue el doble de la del sexo femenino. En los otros hábitos las diferencias fueron menores.

DISCUSIÓN:

Los resultados de esta investigación mostraron que un poco mas de la cuarta parte (26%) de los escolares estudiados, presentaban al menos uno de los hábitos en estudio; lo que nos permite decir que la frecuencia de hábitos deformantes en estos escolares era frecuente.

Cuando se procedió a estudiar la frecuencia de hábitos según las características de edad y sexo, los resultados mostraron que el sexo masculino es el que tenía la mayor prevalencia. En cuanto a la edad, se pudo observar que de las tres edades estudiadas la que tuvo la mayor prevalencia fue los 4 años. Se observó además una relación inversa entre la edad y la prevalencia de hábitos deformantes, así a medida que aumentaba la edad de los escolares disminuía la prevalencia de hábitos deformantes.

En relación a frecuencia de los hábitos, el de mayor prevalencia fue el de Succión Digital, que estaba presente en casi una quinta parte (19.7%) de los escolares estudiados, y siguiendo el patrón general de mayor prevalencia en el sexo masculino y a los 4 años, con tendencia a disminuir al aumentar la edad.

Estos resultados, en cuanto a la frecuencia del hábito, coinciden con lo que reporta la literatura ya que indican que del 15% al 20% de niños de 6 años aún presentan este hábito, igualmente un estudio realizado en Estelí, Nicaragua en el 2001 dio como resultados que a los 3 años de edad el hábito de Succión Digital estaba presente en el 20% de los niños. Así mismo todos los estudios de prevalencia del hábito de Succión Digital realizados en diferentes poblaciones, han encontrado que la prevalencia del mismo disminuye con la edad. (2,8)

Es necesario tomar en cuenta que la succión digital es una actividad instintiva normal y satisfactoria para el niño. Esta inicia aproximadamente a la edad de 2 a 6 meses, teniendo su máxima intensidad a los 7 meses y considerándose normal hasta los 2 a 3 años; si este hábito se mantiene en el tiempo, será indicativo de una expresión de malestar emocional que puede llegar a tener repercusiones de carácter irreversible, en el caso de persistir en edades mayores de 4 años. (10)

El hecho de que el hábito de succión digital se presente con mayor frecuencia a la edad de 4 años, puede deberse a que los niños pequeños necesitan adaptarse de forma continua a ambientes nuevos. La continuidad del hábito de succión digital a las edades de 4 a 5 años representa una regresión a modelos de comportamiento infantil como una manifestación de inmadurez general social y sobre todo emocional, ya que está bien aceptado que este hábito llena una necesidad emocional en algunos niños, especialmente avanzada la infancia. (2,10)

Debemos destacar que los niños amamantados de forma natural están mejor adaptados, poseen mayor estabilidad emocional y conservan menos mecanismos infantiles. Ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia significa aumentar la frecuencia de los hábitos prolongados de Succión Digital y presentar mayor posibilidad de desarrollar deglución infantil. (5)

En nuestra investigación encontramos que después de Succión Digital el hábito más prevalente fue Protracción Lingual con 5.9%, aunque en una frecuencia notoriamente menor que la de aquel. Igualmente se observó una mayor frecuencia en el sexo masculino pero con relación a la edad, mostró un comportamiento opuesto al mostrado por el hábito de Succión Digital, pues la prevalencia de Protracción Lingual aumentó al aumentar la edad de los escolares.

Cabe señalar que del 26.4% de niños con uno o más hábitos, el 11.9% presentaban la combinación de los hábitos Succión/Protracción. Anderson confirma que el hábito Protracción Lingual constituye un residuo del hábito Succión Digital e indica la retención del mecanismo infantil de mamar; existiendo correlación positiva con mayor tendencia al hábito de Protracción Lingual en niños alimentados artificialmente. En otros casos este hábito puede deberse a que en el niño no se dio el cambio de la deglución infantil hacia la del adulto por no cambiar la dieta del lactante, de líquidos a alimentos sólidos. (5,8)

La explicación de la tendencia a aumentar de frecuencia con la edad, encontrada en este hábito puede encontrarse entre otros; en el hecho de que a diferencia del de Succión Digital este hábito solamente puede ser detectado por los odontólogos y en caso de ser descubierto, la adquisición de una posición correcta de la lengua al momento de la deglución dependerá únicamente del niño, que difícilmente recordará hacerlo de manera adecuada cada vez que realice el acto de la deglución; pues ya tiene el hábito de realizarla de forma incorrecta y lo hace de manera inconsciente.

Por otra parte, a diferencia de otros hábitos, se ha visto que éste no desaparece espontáneamente al transcurrir la edad sino que existe la posibilidad de que el niño lo adquiera al presentarse condiciones propicias para ello en determinados momentos, tal como es el período de dentición mixta o en la pérdida prematura de los dientes temporales, que proporcionan el espacio para colocar la lengua de forma incorrecta al momento de deglutir, o bien, cuando este hábito es una secuela de Succión Digital debido a la mordida abierta que éste último pudo ocasionar.

Otro factor que también puede influir en el comportamiento de la prevalencia de este hábito es que Protracción Lingual requiere necesariamente de atención odontológica para que desaparezca, la que difícilmente será recibida debido al alto costo que implica y a la falta de costumbre, en nuestra población, de visitar al odontólogo para hacer una revisión de la boca de los niños y al hecho de que en las unidades de salud no se incluye el examen de la boca en la rutina del control de crecimiento y desarrollo, así como en el examen que

se realizan a los niños que acuden por atención médica alto costo que implica. El hecho de encontrar la mayor prevalencia a la edad de 12 años podría deberse a lo antes mencionado.

Con respecto al hábito de Respiración Bucal se encontró que éste tendía a disminuir conforme progresaba la edad, siendo su mayor prevalencia a la edad de 4 años. Esto puede ser debido a que el tejido blando de la pared nasofaríngea posterior alcanza su máximo tamaño a los 5 años, después va disminuyendo, y la permeabilidad de la nasofaringe es mínima; aumentando luego de forma progresiva. Esta hipertrofia del tejido linfoide produce problemas respiratorios sobre todo en la edad preescolar. Cabe resaltar que luego de la combinación Succión/Protracción le siguió la combinación Succión/Respiración; esta relación de hábitos se podría deber a que los niños succionadores, que son mayoritarios a la edad de cuatro años, introducen los dedos en la cavidad oral sin percatarse de las condiciones higiénicas; creando de esta manera una posible vía de infecciones respiratorias. (6)

CONCLUSIONES:

1. La Prevalencia de los Hábitos Bucales Deformantes en la población estudiada fue de 26.4%, siendo el Hábito Bucal más frecuente Succión Digital, seguido de Protracción Lingual y Respiración Bucal
2. La mayor prevalencia de los hábitos según edad fue en el grupo de 4 años con 34.8%, seguido en el grupo de 8 y 12 años, lo cual refleja que dicha prevalencia tiende a disminuir conforme aumenta la edad; comportándose de manera similar en los hábitos de Succión Digital y Respiración Bucal sin embargo en el hábito de Protracción Lingual aumenta al ascender la edad.
3. El sexo que presentó mayor prevalencia fue el masculino con 31.7%.

RECOMENDACIONES:

1. Desarrollar un programa de educación bucal continua dirigido a los padres de familia, educadores y niños, con el propósito de informarles los daños que producen los hábitos bucales deformantes a la función del aparato masticatorio y estética dentofacial.
2. Incluir las ventajas o beneficios que proporciona la Lactancia Materna al aparato estomatognático, en las charlas impartidas en las unidades de salud.
3. A los niños con más de 8 meses de edad y que posean el hábito de Succión Digital indicar el uso del chupete como sustitutivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Barber, K Thomas, Luke, S Larry. **Odontopediatría**, (s.e) Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V, 1985, Pág. 264.
2. Braham, L. Raymond, Morris, E. Merle. **Odontología Pediátrica**, (s.e) Editorial Médica Panamericana S.A. 1984, Pág. 421-423.
3. Casassas, Montserrat. **Psicología**, 4^{ta} Edición, Pág. 69.
4. Finn, Sidney. **Odontología Pediátrica**, 4^{ta} Edición, Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1982, Pág. 330-335.
5. Graber, M, T, Ortodoncia **Teoría y Práctica**, 3^{ra} Edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1974, Pág. 285, 302-303, 640.
6. Magnusson, O Bengt. “et al” **Odontopediatría Enfoque Sistémico**, Salvat Editores S.A. 1985, Pág. 245-248.
7. Mayoral, José, “et al” **Ortodoncia, Principios Fundamentales y Práctica**, 6^{ta} Edición, Editorial Labor S.A. Calabra, 1990, Pág. 183-184.
8. Pinkham, R. J, **Odontología Pediátrica**, 2^{da} Edición, Editorial Mcgraw Hill Interamericana S.A. de C.V. 1996, Pág. 212-214, 375-380.
9. UNAN-León, **Manual de Ortodoncia**, Octubre 1984.
10. UNAN-León, **El proceso de la Investigación en Salud, Maestría en Salud Pública**, Mayo 2001.

11. Ustrell Torrent, M. Josep. **Terapéutica multidisciplinaria de las maloclusiones dentarias en el paciente infantil** (s.e) Editorial Laboratorios KIN, Marzo 2001, Pág. 34-36.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

EDAD _____ **FICHA N°** _____

SEXO _____

HABITO BUCAL DEFORMANTE	PRESENTE	AUSENTE
Succión Digital		
Protracción Lingual		
Respiración Bucal		

SIN HABITO: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DE LA EXAMINADORA