

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

UNAN- LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.



TEMA

“HÁBITOS BUCALES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS(AS) DE 6-12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAN-LEÓN EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2009”

AUTORES

Jorge Luis Cruz Corrales
Cintha Regina Gamboa Sibaja

TUTORA

Dra. Xiomara Arauz.

León, Mayo del 2010.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos ante todo a Dios por habernos iluminado en este camino, orientándonos cada momento de nuestras vidas para no decaer y seguir adelante para cumplir de esta manera con nuestro más anhelado sueño como es la culminación de nuestros estudios universitarios.

A nuestros padres que con su apoyo incondicional han sido un pilar fundamental en todas las etapas de nuestras vidas y que todo el tiempo nos han brindado fortaleza en los momentos más difíciles de nuestra carrera.

A nuestra tutora Dra. Xiomara Aráuz y a nuestro asesor metodológico Dr. Róger Espinoza por su paciencia, apoyo y dedicación que nos brindaron para que este trabajo culminara con éxito.

A todas aquellas personas que nos han brindado sus conocimientos en el desarrollo de nuestro proceso educativo y que de una u otra manera han contribuido a la realización de nuestro trabajo monográfico.

A todos muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
DISEÑO METODOLÓGICO.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	21
RECOMENDACIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	24

INTRODUCCIÓN

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fono articulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos: succión digital, succión labial, la respiración bucal, bruxismo, entre otros.

Desde hace aproximadamente 50 años, los investigadores han correlacionado a las maloclusiones dentales con los problemas de anomalía anatómofuncionales de la cavidad oral con respecto a la práctica de diversos tipos de hábitos orales.

Los malos hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral pueden alterar el normal desarrollo facial, produciendo deformaciones dento esqueléticas, estos hábitos se presentan en edad temprana y pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente, Y si estos no son atendidos debidamente se pueden presentar, en la adolescencia o en la edad adulta, síntomas de problemas orgánicos, algunos de ellos de repercusión psicológica.

La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años es un dato importante en el examen clínico. Tal costumbre no suele presentarse en los niños que se encuentran al final de este grupo de edad. Es deseable que el hábito que ocasionó el movimiento de los incisivos primarios o que inhibió la erupción se haya eliminado antes de que broten los incisivos permanentes. Si no se ha erradicado el hábito que produjo cambios dentales antes de la erupción de dichas piezas, éstas también se verán afectadas.

Por otra parte es importante considerar que tales cambios no son irreversibles, ya que si el hábito se interrumpe durante los años correspondientes a la dentición mixta, los cambios dentales adversos se revertirán naturalmente. Aunque en ocasiones se requiere el uso de aparatos, los dientes por lo general adoptarán una posición más neutral con la ausencia de las fuerzas que ejerce el hábito.

Si no hay cambios dentales, no se aconseja ningún tratamiento por razones de salud dental. Sin embargo, es posible que algunos pacientes y padres lo soliciten, ya que los hábitos digitales o de usar chupete se vuelven menos aceptables, desde el punto de vista social, conforme aumenta la edad del niño.

Los esfuerzos por disuadir tales hábitos pueden incluir desde una conversación entre el dentista y el niño hasta un tratamiento más complejo con aparatos. Por tanto debe tenerse presente que el éxito de cualquier tratamiento depende de que el niño se encuentre en verdad dispuesto a abandonar el hábito.

A inicios del siglo XIX surge el interés por los hábitos bucales, lo que llama la atención a los dentistas y especialistas de esta época, afirmando que dichos hábitos provocaban deformaciones dentofaciales, alteraciones en la masticación y fisonomía del niño.

Existen muchos hábitos con diversas etiologías, la práctica continua de los mismos puede producir interferencias tanto en el crecimiento como en el desarrollo normal del aparato estomatognático y como consecuencia alteraciones morfológicas funcionales.

Existen numerosos trabajos a cerca de este tema realizados en otros países, entre los más destacados están:

- Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago.
- Presencia de malos hábitos en niños de 5 a 14 años de edad que acuden al Diplomado de Ortopedia Maxilar en la “Facultad de Estudios Superiores Iztacala”.
- Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva año 2006-2007.
- Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003”.

En referencia a estudios relacionados a hábitos bucales, realizados en nuestra facultad, en años anteriores se han realizado diversos estudios sobre este tema, los cuales incluyen:

- Hábitos bucales más frecuentes en niños y niñas de tres a seis años de edad en centros de desarrollo infantil en León en el año de 1998.
- Hábitos bucales en niños y niñas de 0-6 años en los CDI de León, en el año 1991.
- Prevalencia de hábitos bucales deformantes y presencia de maloclusiones de acuerdo a la clasificación de Angle en niños de 6 a 12 años.
- Prevalencia de succión del pulgar y grado de severidad en las alteraciones bucales en niños de 4- 10 años en León.

La intención de nuestro trabajo es que logremos determinar en qué edades se presentan con mayor frecuencia los hábitos bucales, para estar atentos e instruir a los padres de familia acerca de los diversos cambios dentales que pueden ocasionar dichos hábitos, ya que estando al tanto de esto podremos evitar futuros problemas porque la mejor odontología sin duda, es la *preventiva*.”

OBJETIVO GENERAL

Determinar los hábitos bucales más frecuentes en niños (as) de 6- 12 años atendidos en la clínica de odontopediatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de hábitos bucales.
2. Identificar la prevalencia de hábitos bucales.
3. Establecer la prevalencia de hábitos bucales según edad.
4. Establecer la prevalencia de hábitos bucales según sexo.

MARCO TEÓRICO

HÁBITO

- Puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente.

- Es una práctica producida por la constante repetición de un acto, inicialmente voluntario y que se hace involuntario cuando se arraiga.

-Son factores neuromusculares de naturaleza muy compleja, que se aprenden y pueden definirse como las costumbres o prácticas que se adquieren de un acto por la repetición frecuente del mismo.¹

Gómez Herrera, los clasifica en hábitos generales y orales:

HÁBITOS GENERALES

- Fisiológicos: Ante la presencia de estímulos como el hambre, la sed, la micción, etc.
- Sociales: "Son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura".
- Físicos: son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas a algunos estímulos inespecíficos condicionando la conducta del individuo, por ejemplo la posición para dormir, leer, ver televisión, etc. Estos hábitos generalmente se acompañan de deformaciones somáticas como la sifosis.
- Mentales: Formas de actuar que se adquieren para ejercicio de la mente, acumular conocimientos o para reaccionar sin discernimiento especial ante las ideas o ante las personas.
- Sexuales: conducta especial en razón de la satisfacción sexual.

Hábitos orales: "Son vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad", ejemplo de ello son los hábitos:

1. Por succión (digital).
2. Labiales (succión labial y queilofagia).
3. Linguales (succión, mordedura y proyección).
4. Respirador Bucal.
5. Bruxismo.
6. Masticatorios: Por lo general su presencia se debe a caries dolorosas o a obturaciones defectuosas².

1. Quirós, O; Quirós, L; Quirós, J: (2003). La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2. Gómez B:(2000). Estomatopediatría psicológica aplicada al manejo del niño 2da edición. Buenos Aires. Editorial Celsius.

Etiológicamente se han clasificado en:

- 1. Instintivos:** Por ejemplo el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal.
- 2. Placenteros:** (succión digital).
- 3. Defensivos:** En este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.
- 4. Hereditarios:** Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- 5. Adquiridos:** En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
- 6. Imitativos:** En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc¹.

HÁBITOS BUCALES INFANTILES MÁS FRECUENTES

1. Succión digital: Consiste en la introducción de uno o ambos dedos del niño en la cavidad oral, generalmente lo hacen con la yema de los dedos, apoyado sobre la bóveda palatina del proceso alveolar e incisivos superiores.

Este hábito conforma la mayor parte de los hábitos bucales, alrededor de dos terceras partes de ellos se abandonan hasta los 5 años de edad. Los tipos de cambios dentales que puede ocasionar el hábito varían con la intensidad, duración y frecuencia del hábito, así como la manera en la que se coloca el dedo en la boca. La intensidad es la cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante la succión, la duración denota la cantidad de tiempo que se practica la succión de un dedo y la frecuencia es el número de veces que se realiza el hábito durante el día.

La succión digital responde a una necesidad, ya sea para aliviar las frustraciones de hambre u otro malestar, ya que se vuelve como sustituto de la madre. El niño recién nacido tiene mecanismos de succión relativamente bien desarrollados, ese es su medio más importante de intercambio con el medio.

Se ha demostrado que el niño desde la vía intrauterina tiene el reflejo de succión, lo mantiene durante el primer año de su vida, desaparece espontáneamente al final del segundo año y es hasta después de los cuatro años de mantener el hábito que hay que preocuparse de eliminarlo. Según algunos psicólogos este hábito es originado por numerosas causas tales como: hambre, tensiones emocionales, falta de atención materna, inseguridad, prolongación de la lactancia materna.²

1. Gómez B.: (2000) Estomatopediatría psicológica aplicada al manejo del niño. 2da edición. Buenos Aires. Editorial Celsius.

2. Finn, Sidney, Odontología Pediátrica, 4ta edición, Editorial Interamericana S.A de C. V. 1982, Pág. 327- 338.

La succión del pulgar debe ser considerada por el clínico como un patrón de conducta multivariada, el que puede traer consecuencias graves en la cavidad oral del paciente.

Star clasifica los aspectos clínicos del hábito de succión en tres fases de desarrollo¹:

- Fase 1: Chupeteo normal de significación subclínica que comprende desde el nacimiento hasta los tres años.
- Fase 2: Chupeteo con significación clínica, va de los tres a los seis años de edad.
- Fase 3: Chupeteo complicado, se extiende de los seis años en adelante.

Dentro de las alteraciones ocasionadas por el hábito están:

- Vestíbuloversión. Inclinación de dientes anteriores hacia la parte externa del arco dentario.
- Profundización de la bóveda palatina: La posición del pulgar sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar y en las caras palatinas de incisivos superiores provoca una profundización de la bóveda y protrusión dentoalveolar superior.
- Mordida abierta anterior: Al mantenerse separadas las arcadas dentarias por el dedo y apoyarse éste en el borde incisal de los incisivos inferiores se produce una mordida abierta anterior.
- Lingualización de dientes antero-inferiores: La posición del pulgar y la mano en sentido posterior sobre las caras labiales de los incisivos inferiores y la mandíbula, ocasionarán una inclinación lingual de estos y una retracción mandibular.
- Estrechez de los arcos dentarios: Al realizarse la succión, se produce una presión negativa dentro de la boca, que permite la acción de los buccinadores sobre los segmentos laterales de la arcada dentaria superior, que al no tener el soporte de la lengua en la cara palatina de la arcada, por hallarse ésta separada de la misma, producen un angostamiento de dicha arcada.

2. Queilofagia: Hábito que consiste en morder el labio inferior, no es un hábito muy común. El hábito de presión del labio es cuando el labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores. Se considera que es producto del estrés emocional, este produce retrognatismo alveolar inferior.¹

3. Onicofagia: Del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.¹

¹ Finn, Sidney Odontología Pediátrica, 4ta edición, Editorial Interamericana S.A de C. V. 1982, Pág. 327- 338.

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.

Casi siempre es precedida por la succión digital y frecuentemente el niño pasará directamente de la etapa de la succión digital a la onicofagia.

Este hábito no produce mala oclusión porque la fuerza que se aplica para morder las uñas es similar a la ejercida durante la masticación.

4. Protracción lingual: Consiste en el empuje lingual que acompaña la deglución cuando se realiza, se produce contracciones de los labios, el músculo mentoniano y los elevadores mandibulares, a la vez que la lengua empuja y se proyecta en el espacio de una mordida abierta anterior.

El empuje lingual a menudo es adoptado posteriormente que el niño abandona el hábito de succión digital; también se presenta por amígdalas hipertrofiadas o hipersensitivas. Cuando el niño traga normalmente sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene en la parte posterior de los dientes antero-superiores, mientras que en la deglución anormal no hay contacto oclusal entre los dos arcos dentarios, la punta de la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y los bordes laterales entre las superficies oclusales de molares y premolares.

Al igual que la succión del pulgar, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque el empuje lingual puede producir también depresión de los incisivos con mordida abierta pronunciada y ceceo.¹

5. Respirador bucal: Ha sido definida como la respiración que las personas efectúan a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. La respiración bucal exclusiva es sumamente rara ya que generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal pues nunca se obstruye por completo las fosas nasales, de modo que aunque la boca se encuentre abierta también pasa cierta cantidad de aire por la nariz, por lo que autores como Stefanelli (1.987), Gómez (1.997) la denominan IRN (Insuficiente respirador nasal).

Los niños respiradores bucales pueden clasificarse en tres categorías:

- Respiradores bucales por obstrucción: Hay presencia de resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire por los conductos nasales.

-Respiradores bucales por costumbre: Si se elimina la obstrucción, el niño por hábito sigue respirando por la boca.

-Respiradores bucales por anatomía: El labio superior es corto y no le permite cerrar la boca sin tener que hacer enormes esfuerzos, por lo que se ve obligado a respirar por la cavidad oral.¹

¹ Finn, Sidney Odontología Pediátrica, 4ta edición, Editorial Interamericana S.A de C. V. 1982, Pág. 327- 338.

Cuando las personas respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "*facies adenoides*" que constituye; cara estrecha, piezas antero superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

La respiración bucal no ha sido factor determinante de mala oclusión, aunque si es una tendencia a mal oclusiones a niños que respiran por la boca¹.

6. Otros hábitos:

Bruxismo: O rechinar de los dientes, es el afrontamiento de los dientes entre sí, es un hábito nocturno producido durante el sueño y a veces cuando el niño está despierto, este puede ir acompañado por otros hábitos como: succión digital y onicofagia, también se ha observado en enfermedad orgánica como corea, epilepsia, meningitis y también en trastornos gastrointestinales.

Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y el estrés al producirse sobre todo en niños muy tensos e irritables.

La mayor parte de la población infantil rechina los dientes, lo cual desgasta moderadamente los caninos y molares primarios, salvo en los casos de personas que sufran trastornos emocionales, el desgaste rara vez es peligroso para la pulpa, cuando procede a mayor velocidad que la producción de dentina secundaria. La hipersensibilidad de la musculatura masticadora y el dolor de la articulación temporomandibular también se han atribuido al bruxismo.

Se desconoce la causa exacta del bruxismo intenso, aunque la mayor parte de las explicaciones se centran en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos (Kuch et...1979). La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción a la interferencia oclusal, una restauración elevada o algún factor dental irritante. Los factores sistémicos implicados en el bruxismo incluyen parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y trastornos endocrinos. La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o de estrés elevado¹.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones del hueso alveolar y posición de la pieza.

Algunos Ortodoncistas afirman que antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión del dedo pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Este se ilustra en el caso de una niña escolar de 10 años, que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuó hasta dejar casi sin pelo al lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, esta perdió los deseos de chuparse el pulgar y así se terminó con el hábito.

Sin embargo existen otros métodos menos drásticos igualmente eficaces, un autor proponía que los niños, con conocimientos de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor que, naturalmente, no podía ser el niño que antes se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el “registro especial de nuestro consultorio”.

Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. Naturalmente el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

1. Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (1 o 2 semanas).
2. No criticar al niño si el hábito continúa.
3. Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Sin esa cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño¹.

1. Barber, K Thomas, Luke, S Larry. Odontología Pediátrica. Editorial el Manual Moderno.S. A de C. V, 1985, Pág. 468- 473.

INVESTIGACIONES INTERNACIONALES NOS REPORTAN LO SIGUIENTE:

En el trabajo hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003 reporto de un total de 200 historias clínicas, 152 pacientes con hábitos orales como succión de chupón en un 15%, onicofagia en un 28%, succión digital en un 10%, succión lingual en un 14%, siendo el más frecuente la succión labial con un 33%.¹

La incidencia del bruxismo en niños varía ampliamente entre el 7-88% según los estudios, comparable al 15-88% encontrado en los adultos, según Rodríguez C. en su trabajo de bruxismo en niños publicado en 2001.²

Recientemente el estudio características de la oclusión en los niños del Jardín de Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC realizado por Quiroz, en una población de 45 niños entre los 4 y 6 años de edad, donde 21 eran niños y 23 niñas; de los cuales el 80% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusiones y más de 60% algún tipo de hábitos. La prevalencia de mordida cerrada o profunda y apiñamiento dentario se encontraron como características bucales más comunes, muchos de estos casos relacionados con hábitos de succión digital (pulgares), respiración bucal y deglución atípica; se observó además pocos casos de mordida abierta y mordida cruzada en dicha población.

En los pacientes con hábitos el 75% presentó algún tipo de maloclusión lo que podría sugerir que existe alguna relación entre los diferentes tipos de hábitos y maloclusiones, coincidiendo esto con los resultados de Betancourt y Saturno quienes reportan cierta relación entre dichas variables. Al comparar la cantidad de niños sin hábitos y que sí presentan maloclusiones se presenta un 88,24%, lo que indicaría que a pesar de que el hábito puede inducir, predisponer o provocar maloclusión, no necesariamente un niño que no tenga hábitos orales, estará exento de sufrir maloclusiones; el 25% de los niños con hábitos no tenían maloclusiones.

En los hábitos más frecuentes se encontró que los respiradores bucales y la deglución atípica ocupan el primer lugar, seguidos por la succión digital, onicofagia, bruxismo y queilofagia. Varios niños presentaban más de un hábito. El más alto porcentaje de hábitos como succión digital, deglución atípica y respiración bucal se detectó en los potenciales clase I (plano terminal recto), siguiéndoles los potenciales clase II (escalón distal) y los potenciales clase III (escalón mesial).³

1. Miranda, C; Villanueva, N; Sánchez, A.: (2003) Hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar. 2. Rodríguez, C. Bruxismo en niños. <http://www.rodriiguez.com/bruxismo.html-81k->. 3. Quiros, O.: (2003) Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Acta odontológica. N° 41-1-2003.5.

En un estudio realizado por Parra, Y. sobre el paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta (1.996 - 2.001), se encontró un 63% de niños con características de IRN (Insuficiente Respirador Nasal) donde el tipo de respiración era por ambas vías (nasal-bucal) con 63 casos para niñas y 71 casos para varones, siendo el grupo etáreo más afectado el comprendido entre los 8-10 años (el sexo masculino es el más afectado con un 53% y el femenino un 47%), de un total de 213 niños estudiados. La relación molar que presentaban era de 93 casos con mal posición y con 31 casos de mordida abierta, 35 en borde a borde, 11 con mordida profunda, 8 con mordida cruzada. Para un total de 178 casos en niñas y varones lo que representa un 84% con signos de maloclusión. Estos datos han sido relacionados con los presentados por Epidemiología regional donde señala a las enfermedades respiratorias entre las 10 principales causas de morbilidad en el Municipio Antolín del Campo, estado Nueva Esparta con un 16,8% para el periodo Enero-Septiembre 2001¹.

La respiración bucal ha sido descrita por algunos autores como Fernández y Acosta, Aristiguietta, Fundacredesa, quienes consideran el término como la consecuencia de un hábito o costumbre, que persiste, a pesar de haber sido eliminada la causa de obstrucción u otro hábito bucal.

Estos pacientes se han relacionado a la existencia de hábitos bucales por ejemplo deglución atípica, succión del tete, succión del pulgar entre otros.¹

El estudio de la relación entre deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado de dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001 realizado por Vera, A, determinó que la deglución atípica por sexo es más severa en el femenino que el masculino. Por edad es más severa en edades comprendidas entre los 7 y 8 años. No se observaron niños con deglución atípica leve en los niños de 5 y 6 años. La relación existente entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior refleja que los que presentaban una deglución atípica severa tenían una mordida abierta severa y viceversa.²

En el estado Zulia, específicamente en el municipio Maracaibo se diagnosticaron la respiración bucal (58%, deglución atípica (52,9%), bruxismo (36,8%) y succión digital (24,1%).³

1. Parra, Y.: (2004). El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta odontológica venezolana N°2-42-2004. http://www.actaodontologica.com/42_2_2004/paciente_respirador_bucal.asp-68-2. 2. Vera, A.: (2001) Relación entre deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado de dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp-114k-. 3. Báez, A; Morón, A; Lúchese, E; Salazar, C; Rivera, J; Rivera, F. Aproximación al perfil de oclusión dentaria en preescolar del municipio Maracaibo. Acta odontológica vol. 37 N°2 1999.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Este estudio se llevó a cabo en la ciudad de León, en las clínicas de Odontopediatría de la UNAN-León, ubicada en el campus universitario, costado sur del cementerio Guadalupe.

Población y muestra de estudio: La población estuvo constituida por un total de 213 niños(as) que fueron atendidos en el primer semestre del año 2009 en la clínica de Odontopediatría de la UNAN- León entre las edades de 6-12 años.

Instrumento y Método de recolección de información: Para registrar la información utilizamos una ficha en la cual especificamos edad, sexo, tipo de hábito y el número de expediente clínico, previamente solicitamos la autorización por escrito al director de la Clínica Ayapal, a la Profesora Principal de Clínicas de Odontopediatría; a la secretaria encargada del manejo de las historias clínicas, le explicamos los objetivos y propósito de nuestro estudio, le solicitamos su colaboración y permiso para la revisión de cada una de las historias clínicas, de las cuales fueron seleccionadas solamente aquellas en las que las edades de los niños(as) oscilaban entre los 6-12 años. La fuente de recolección de información fue a través de fuentes secundarias, las cuales fueron las historias clínicas de cada uno de los niños(as) atendidos en la clínica.

Operacionalización de las variables:

Variable:	Concepto:	Indicador:	Valores:
Hábitos bucales	Práctica o hábitos repetitivos, adquiridos por instinto o conscientemente en el cual está involucrada la estructura bucal.	- Datos de historia clínica.	1- Succión digital. 2- Queilofagia. 3- Onicofagia. 4- Protracción lingual 5- Respirador bucal 6- Bruxismo. 7-Otros. 8- No presenta
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del examen clínico.	- Datos de historia clínica.	-6 años -7 años -8 años -9 años -10 años -11 años -12 años
Sexo	Diferencias genotípicas y fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	- Datos de historia clínica.	1- Masculino 2- Femenino

Plan de tabulación y análisis: Una vez recolectada la información, los datos se procesaron en la base de datos Excel 2007, y los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia, gráficas de barra y de pastel.

RESULTADOS

TABLA #1

DISTRIBUCIÓN DE UNIVERSO POR EDAD Y POR SEXO.

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 años	17	16.0	26	24.2	43	20.1
7 años	22	20.7	16	14.9	38	17.8
8 años	22	20.7	12	11.2	34	15.9
9 años	16	15.0	24	22.4	40	18.7
10 años	16	15.0	10	9.3	26	12.2
11 años	11	10.3	13	12.1	24	11.2
12 años	2	1.8	6	5.2	8	3.7
TOTALES	106	99.5	107	99.3	213	99.6

Fuente: Secundaria

La distribución de niños según sexo se agrupa de la siguiente forma:

- ✓ En el sexo femenino hay un total de 106 niñas estudiadas.
- ✓ En el sexo masculino hay un total de 107 niños estudiados.
- ✓ En total se estudiaron 213 niños de ambos sexos.

TABLA # 2

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES

HABITO	FRECUENCIA N^o	PORCENTAJE %
Presente	76	35,6
Ausente	137	64.3
Total	213	99.9

Fuente: Secundaria.

Encontramos un total de 76 niños que presentaban hábitos que corresponde al 35.6%, y 137 niños que no practican ningún tipo de hábito que equivale al 64.3% del total de niños examinados.

TABLA #3**PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES**

HÁBITOS BUCALES	FRECUENCIA N⁰	PORCENTAJE %
1.Succión digital	21	22.8
2.Queilofagia	0	0
3.Onicofagia	36	39.1
4.Protracción lingual	12	13.0
5.Respirador bucal	19	20.6
6.Bruxismo	1	1.0
7.Otros	3	3.2
TOTALES	92	99.9

Fuente: Secundaria

Se encuentra un total de 92 hábitos presentes, el que se presenta con mayor frecuencia es la Onicofagia en un 39.1% de los casos, y el que se encuentra con menos frecuencia es la Queilofagia con 0% de los casos.

TABLA #4

PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES POR EDAD

EDAD \ HABITO BUCAL	6 AÑOS		7 AÑOS		8 AÑOS		9 AÑOS		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS		TOTAL	
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
1.Succión digital	2	13.3	4	19.0	5	33.3	7	41.1	0	0	3	23.0	0	0	21	22.8
2.Queilofagia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.Onicofagia	6	40	8	38.0	4	26.6	4	23.5	5	50	8	61.5	1	100	36	39.1
4.Protracción lingual	2	13.3	5	23.8	2	13.3	2	11.7	0	0	1	7.6	0	0	12	13.0
5.Respirador bucal	2	13.3	4	19.0	4	26.6	3	17.6	5	50	1	7.6	0	0	19	20.6
6.Bruxismo	1	6.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.0
7.otros	2	13.3	0	0	0	0	1	5.8	0	0	0	0	0	0	3	3.2
TOTALES	15	99.8	21	99.8	15	99.8	17	99.7	10	100	13	99.7	1	100	92	9.7

Fuente: Secundaria

Según edad, a los 7 años es donde se da con mayor frecuencia la presencia de hábitos bucales, la cual se presenta en 21 niños de 38 niños estudiados de esa edad, siendo la Onicofagia la que se presenta en 8 de estos niños.

TABLA #5**PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES POR SEXO**

SEXO HÁBITOS BUCALES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL DE HÁBITOS	
	N⁰	%	N⁰	%	N⁰	%
Succión. digital	14	29.1	7	15.9	21	22.8
Queilofagia	0	0	0	0	0	0
Onicofagia	18	37.5	18	40.9	36	39.1
Protracción lingual	8	16.6	4	9.0	12	13.0
Respirador bucal	7	14.5	12	27.2	19	20.6
Bruxismo	0	0	1	2.2	1	1.0
Otros	1	2.0	2	4.5	3	3.2
TOTALES	48	99.7	44	99.7	92	99.7

Fuente: Secundaria

Según sexo, en el sexo femenino es donde se presenta la mayor cantidad de hábitos con un total de 48, siendo la Onicofagia la que se presenta con mayor frecuencia con un total de 18 niñas que equivale al 37.5%, siguiendo en frecuencia le corresponde a la succión digital en 14 casos que equivale al 29.1%.

La Queilofagia no se presenta en ninguno de los dos sexos.

En el sexo masculino el hábito que se presenta con mayor frecuencia es la Onicofagia que se presenta en 18 niños con un porcentaje del 40.9%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla # 1: La distribución de niños según sexo se agrupa de la siguiente manera: En el sexo femenino hay un total de 106 niñas estudiadas que corresponden a un porcentaje del 99.5%. En el sexo masculino el total de niños estudiados es de 107 con porcentaje de 99.3%. En total se estudiaron 213 niños de ambos sexos. Las edades estudiadas fueron entre los 6 y 12 años, siendo la edad de 6 años en la que había mayor cantidad de niños (as), siendo un total de 43 niños, con porcentaje de 20.1%, correspondiendo a 17 del sexo femenino y 26 del sexo masculino. La edad menos estudiada fue la de 12 años con un total de 8 niños, correspondiendo 2 del sexo femenino y 6 del sexo masculino con porcentaje del 3.7%.

Tabla #2: Encontramos un total de 76 niños que presentan hábitos que corresponde al 35.6%, y 137 niños que no practican ningún tipo de hábito que equivale al 64.3% del total de niños examinados.

Tabla # 3: Se encuentra un total de 92 hábitos presentes, presentándose con mayor frecuencia la Onicofagia en un 39.1% de los casos, y el que se encuentra con menos frecuencia es la Queilofagia con 0% de los casos. Los hábitos encontrados en orden de frecuencia son: Onicofagia, Succión digital, Respirador bucal, Protracción lingual, otros hábitos, Bruxismo y Queilofagia.

Tabla # 4: Según edad, a los 7 años es donde se da con mayor frecuencia la presencia de hábitos bucales, la cual se presenta en 21 niños de 38 niños estudiados de esa edad, siendo la onicofagia la que se presenta en 8 de estos niños.

La onicofagia es el hábito más frecuente se presenta en todas las edades estudiadas en 36 casos que corresponde al 39.1%, siendo a los 12 años en donde se presenta con menos frecuencia. Este resultado coincide con estudios realizados anteriormente en el cual la onicofagia es el hábito más frecuente y se presenta en todas las edades.

La Succión digital se presenta en un 22.8% de los casos, siendo a los 8 años en donde se presenta con más frecuencia, lo cual es contradictorio con estudios anteriores en donde este representa el hábito bucal más frecuente con 60% de práctica infantil.

La Protracción lingual se presenta con más frecuencia a los 7 años siendo un total de 12 casos en todas las edades en general, obteniendo resultados diferentes en otro estudio en donde se presenta un total de 42 casos en todas las edades en general.

La Respiración bucal se presenta en un 20.6% de los casos con un número de casos de 19 de todas las edades en general, contradictorio con otra bibliografía consultada en donde ocupa el segundo lugar en frecuencia.

El Bruxismo se presenta en un 1 caso representando 1% de frecuencia, presentándose solamente en un paciente de 6 años, contrario a otros estudios en donde se presenta en edades menores con porcentaje de 6.5%.

Otros hábitos se presentan en 3 casos con porcentaje del 3.2 %, dentro de estos hábitos incluyen morder borrador y el biberón. Estos resultados son parecidos a los obtenidos en otros estudios en donde se presentan en un 4.5% de los casos siendo esos hábitos: morder lapiceros, tizas, borradores, prensa pelos.

Tabla # 5: Según sexo en el sexo femenino es donde se presenta la mayor cantidad de hábitos con un total de 48, siendo la Onicofagia la que se presenta con mayor frecuencia con un total de 18 niñas que equivale al 37.5%. En otros estudios este hábito se presenta más en niños que niñas.

La succión digital igualmente a la onicofagia se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, presentándose en 14 niñas y 7 niños, estos resultados son similares a estudios anteriores en donde la succión digital se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino.

La Queilofagia no se presenta en ninguno de los sexos, tampoco lo incluyen en estudios anteriores.

La Protracción lingual se presenta en 8 casos del sexo femenino y 4 casos del sexo masculino, a diferencia de otro estudio en donde se presenta en 22 niños y 19 niñas.

La Respiración bucal es un hábito que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con un porcentaje del 27.2%, obteniendo resultados similares a estudios anteriores en donde fueron más notablemente afectados los niños que las niñas.

El Bruxismo es un hábito poco frecuente en donde se presentó 1 caso en 1 niño, en otro estudio este hábito se presentó en un 50% en el sexo femenino y otro 50% en el sexo masculino.

Otros hábitos fueron 3 casos, 2 del sexo masculino y 1 del sexo femenino.

CONCLUSIONES

- 1- En este estudio llegamos a la conclusión que la cantidad de niños con hábitos es menos de la mitad de la población estudiada, pero éstos se presentan en todas las edades y en ambos sexos, siendo la onicofagia el hábito bucal más frecuente.
- 2- La cantidad de niños examinados es de 213, 106 del sexo femenino y 107 del sexo masculino, del total 76 presentaban algún tipo de hábito y 137 no presentaban ninguno.
- 3- El total de hábitos presentes es de 92, lo que significa que algunos niños presentaban dos o más hábitos a la vez.
- 4- La edad que más se examinó fue de 6 años y la menos examinada es de 12 años.
- 5- La mayor frecuencia de presencia de hábitos con respecto a la edad se da a los 7 años, siendo la onicofagia la que más prevalece.
- 6- La Queilofagia es un hábito que no se encontró en ninguna edad ni en ningún sexo.
- 7- Según sexo, en el sexo femenino es donde se presentó la mayor cantidad de hábitos con un total de 48 casos y en el sexo masculino un total de 44 casos.
- 8- El orden de frecuencia de los hábitos bucales en forma descendente es: Onicofagia (36%), Succión digital (21%), Respirador bucal (19%), Protracción lingual (12%), Otros (3%), Bruxismo (1%), Queilofagia (0%).

RECOMENDACIONES

1- A los docentes:

- Ortodoncistas, Odontopediatras u odontólogos generales a unir esfuerzos para guiar a estos pacientes que llegan a las consultas, explicándole a cada representante y al mismo niño o adolescente la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos.

2- A la facultad:

- Que los programas educativos hacia la salud bucal involucren conocimientos acerca de implicaciones de los hábitos en la dentición y que hagan conciencia en esos niños.

3- A los padres:

- Teniendo en cuenta las múltiples afectaciones, además de las dentomaxilofaciales, estéticas, psíquicas y funcionales del niño con hábito, se recomienda sean atendidos en edades tempranas por el odontólogo general, quien realizará el diagnóstico presuntivo y remitirá debidamente para que el especialista realice el diagnóstico definitivo e imponga tratamiento.

4- A los estudiantes:

- Realizar un correcto llenado de historia clínica y realizar un exhaustivo examen clínico a fin de encontrar posibles anomalías dentofaciales que se encuentra relacionado con algún tipo de hábito y de esta forma comunicarle a los padres la importancia de la colaboración de ellos para que el niño abandone el hábito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barber, K Thomas, Luke, S Larry. Odontología Pediátrica. Editorial el Manual Moderno.S. A de C. V, 1985, Pág. 468- 473
2. Báez, A; Morón, A; Lúchese, E; Salazar, C; Rivera ,L; Rivera, F. Aproximación al perfil de oclusión dentaria en preescolar del municipio Maracaibo. Acta odontológica vol. 37 N°2 1999.
3. Finn, Sidney Odontología Pediátrica, 4ta edición, Editorial Interamericana S.A de C. V. 1982, Pág. 327- 338.
4. Gómez B: (2000) Estomatopediatría psicológica aplicada al manejo del niño.2da edición. Buenos Aires. Editorial Celsius.
5. Miranda, C; Villanueva, N; Sánchez, A.: (2003) Hábitos orales más frecuentes en una población de 5 a 13 años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar.
6. Parra, Y.: (2004). El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001.Acta odontológica venezolana N°2-42-2004. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/42_2_2004/paciente_respirador_bucal.asp-68-.
7. Pinkham R. J. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial Mcgraw Hill Interamericana S. A de C.V. 2001, Pág. 424- 428.
8. Quiroz, O.; Quiroz, L.; Quiroz, J.: (2003) La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría.
9. Rodríguez, C. Bruxismo en niños. Disponible en: <http://www.rodriguez.com/bruxismo.html-81k->.
10. Vera, A.:(2001) Relación entre deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado de dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Disponible en: [.http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp-114k-](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp-114k-).

ANEXOS

FICHA:

Hábitos bucales más frecuentes en niños (as) de 6- 12 años atendidos en la clínica de Odontopediatría de la facultad de odontología de la UNAN-León, en el año 2009.

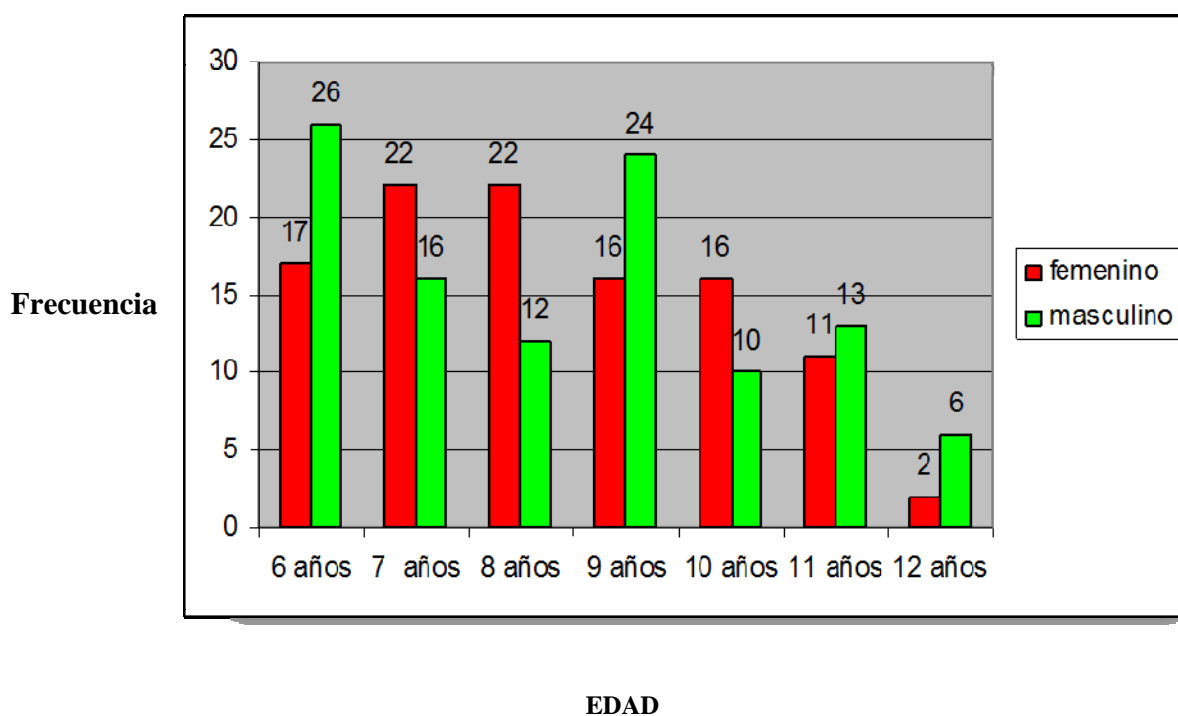
Sexo: _____

Edad: _____

Tipo de hábito Nº de expediente	Succión digital	Queilofagia	Onicofagia	Protracción lingual	Respirador bucal	Bruxismo	Otros	No presenta

GRÁFICA #1.

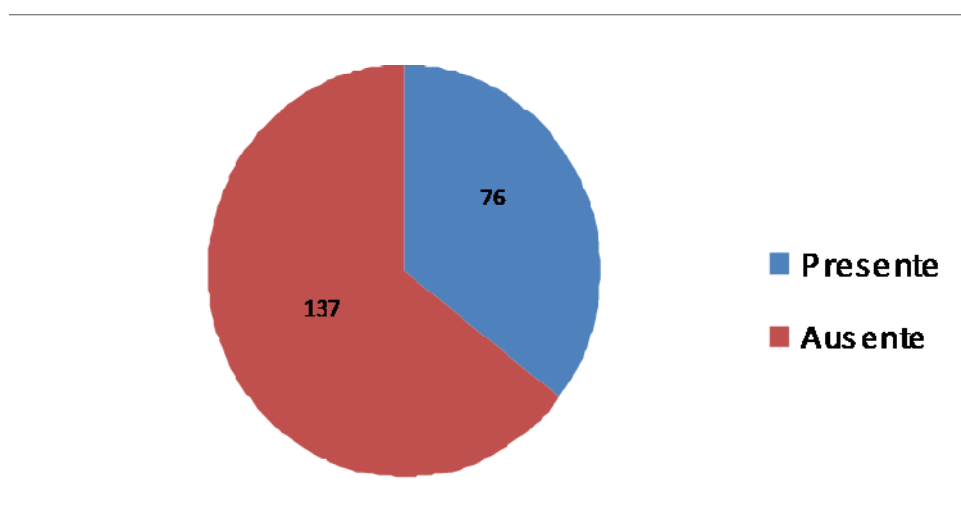
DISTRIBUCIÓN DE UNIVERSO POR EDAD Y POR SEXO.



Fuente: Secundaria

GRÁFICA # 2

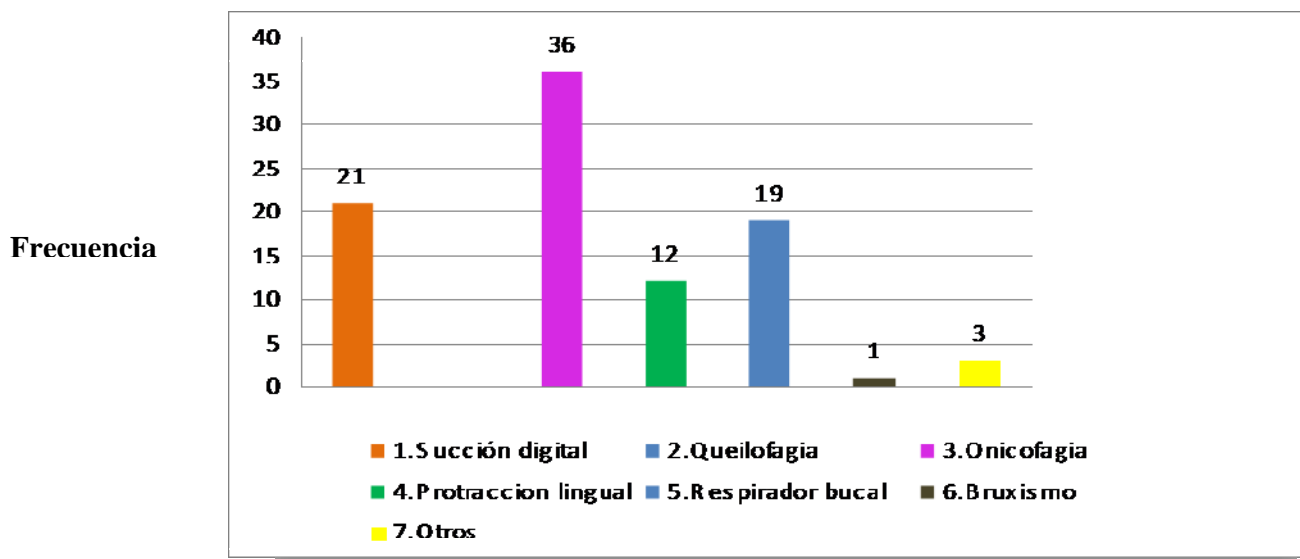
FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES



Fuente: Secundaria.

GRÁFICA #3.

PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES

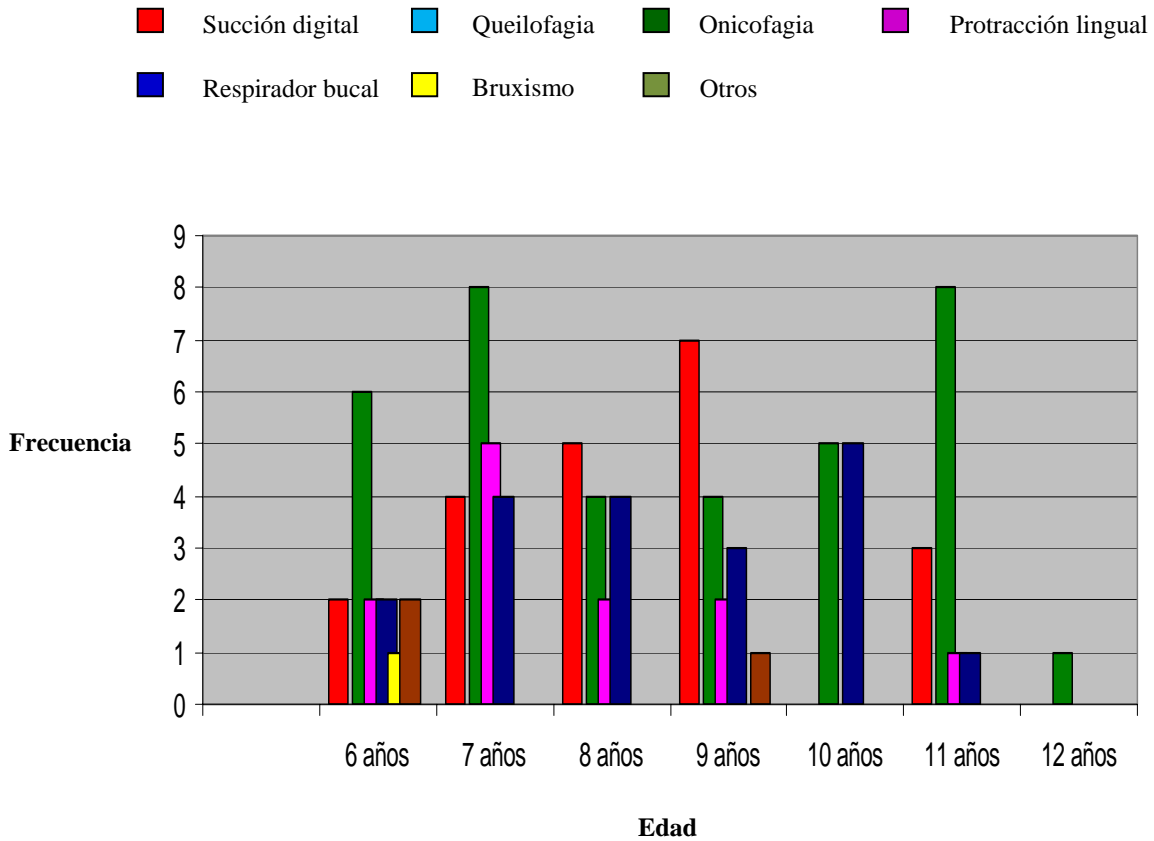


Tipo de hábito.

Fuente: Secundaria.

GRÁFICA #4.

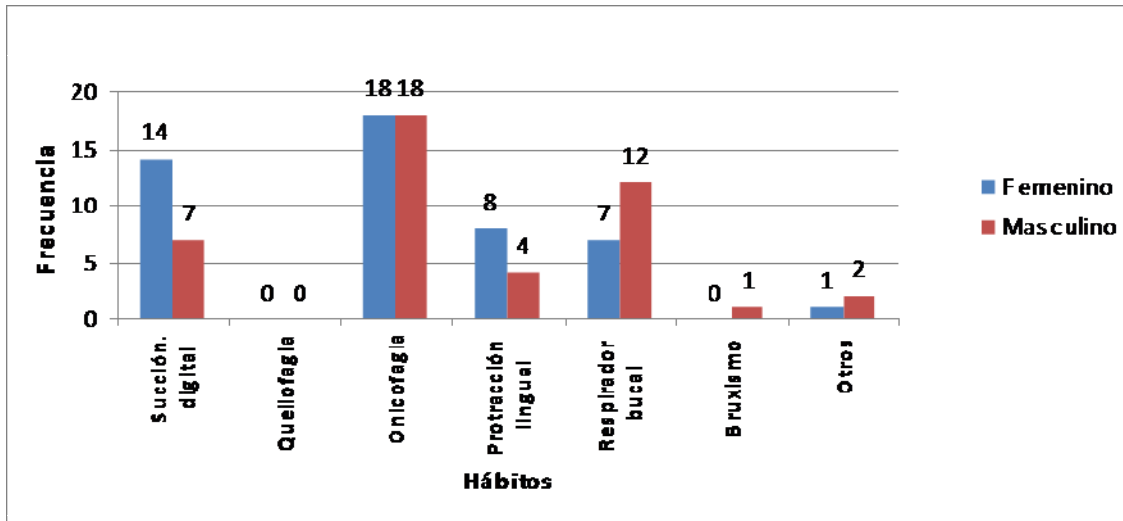
PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES POR EDAD



Fuente: Secundaria.

GRÁFICA #5.

PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES POR SEXO



Fuente: Secundaria.