

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN-León.
Facultad de Odontología.**



“Prevalencia de hábitos bucales deformantes y presencia de algunas alteraciones de la oclusión, en niños preescolares de 3 a 5 años en la ciudad de León en el periodo de marzo a noviembre del 2004”

Autores:

**Scarlette Castillo Sacasa
Muriel Villanueva Gordillo
Vladimir Ismael Andino**

Tutor:

Dr. Jorge Antonio Cerrato

León, 17 de Junio del 2005



INDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA.....	3-5
INTRODUCCION.....	6-7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEORICO.....	9-28
DISEÑO METODOLOGICO.....	29-39
RESULTADOS	40-46
DISCUSION DE RESULTADOS	47-50
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	53-54
ANEXOS.....	55-61

Agradecimientos



AGRADICIMIENTO

A Dios y María Santísima.

A Nuestros Padres.

A los colegios Rubén Darío, Anexo la Pureza, Los Carlitos por darnos su ayuda y su mejor atención.

A Nuestro tutor Dr. Cerrato, gracias por todo su tiempo.

A Nuestros amigos, los queremos mucho, siempre vamos a estar juntos.

Scarlette, Muriel, Madimir.



Dedicatorias



DEDICATORIA

Dedico este estudio a Dios Nuestro Señor por haberme permitido llegar a ser una profesional.

A mis padres por su gran esfuerzo y comprensión, por darme las fuerzas para seguir siempre adelante y poder culminar con mi carrera.

Muriel Villanueva Gordillo



DEDICATORIA

A mi MADRE por todo su apoyo y esfuerzo.

A mis Amigos que siempre estuvieron cuando más los necesitaba.

Madimir Andino González



DEDICATORIA

A mis padres por todo el apoyo incondicional que me brindaron, por estar presente en todos los momentos difíciles de mi vida y guiarme por el camino del bien.

A mis Amigos que me ayudaron a culminar este proyecto: Reyna, Gabriel, Muriel, Vlady, y mi amor.

Scarlette Castillo Sacasa.



Introducción



INTRODUCCION

Tradicionalmente la odontología ha dirigido sus esfuerzos principalmente hacia los procesos curativos, y poco o nada a los métodos preventivos. Con el surgimiento de los principios de la odontología moderna se ha conocido la importancia que tiene la implementación de estos métodos preventivos, los cuales brindan mayores beneficios en la prevención de lesiones bucales. Reduciendo además los costos económicos y brindando a la vez mayor cobertura a la población por cuanto es posible atender a mayor número de personas en menor tiempo.

Al inicio del siglo XIX surge el interés en odontólogos y especialistas por estudiar todos aquellos hábitos que provocan deformaciones y alteraciones dento buco maxilo faciales.

En las distintas consultas bibliográficas se encontró que hay autores que plantearon estrechas relaciones entre algunos hábitos y las deformaciones dento buco maxilo faciales se puede decir que para el año 1800 ya se hablaba de esta problemática.

En el año 1878 Handler expreso que la principal causa de deformaciones de los maxilares e irregularidades en los diente es el hábito de succión digital en la infancia

En el año 1980 Aguilar Ramón y Colaboradores de la Habana Cuba se interesan en darle seguimiento a las investigaciones anteriores acerca de hábitos deformantes en niños preescolares demostrando que no solo el hábito de succión digital provoca alteraciones dento buco maxilo facial



Journal dentistry 1990 empieza a publicar varios artículos que tratan sobre las consecuencias de los hábitos bucales en niños preescolares.

Los hábitos bucales deformantes son indudablemente causas primarias o secundarias de malas oclusiones o deformaciones. Los diferentes hábitos parafuncionales como succión digital, respiración bucal, deglución atípica, que presentan los niños en denticiones primarias y mixtas provocan alteraciones en la cavidad bucal: mordida abierta anterior, excesiva sobre mordida horizontal, mordida cruzada anterior, vestíbulo versión de los dientes anterosuperiores.

Cuando la mala oclusión tiene su origen en algún o algunos hábitos orales la gravedad de estas anomalías dependerá de la triada: Frecuencia, duración, e intensidad del hábito oral.

Sobre la base de lo antes planteado el presente estudio pretende establecer ¿cuál es la prevalencia del hábitos bucales y alteraciones de la oclusión en preescolares de las edades de 3-5 años en la ciudad de León?

Y a la vez determinar cuales de estos hábitos y malas oclusiones son más frecuentes en preescolares de nuestra ciudad para que se conozca el comportamiento de ambos tipos de problemas y su posible interacción.

El motivo de la presente investigación, nos conlleva a analizar la situación, ya que cada día hay mayor cantidad de niños que acuden a consulta odontológica por presentar hábitos orales, los cuales tienen componentes psicológicos traducidos en ansiedad, timidez, falta de cariño, inseguridad entre otros, y que si no son atendidos a tiempo pueden traer como consecuencia: patologías y trastornos de la cavidad oral.



Objetivos



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✿ Determinar la prevalencia de hábitos bucales deformantes y Presencia de Algunas alteraciones de la oclusión en preescolares de 3-5 años, marzo – noviembre 2004

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✿ Determinar la prevalencia de hábitos bucales según edad y sexo.
- ✿ Establecer frecuencia de tipos de hábitos bucales deformantes según edad y sexo.
- ✿ Determinar la prevalencia de mala oclusión según edad y sexo.
- ✿ Identificar algunas alteraciones de la oclusión, según el hábito.



Marco Teórico



ARCO REFLEJO

Es la unidad básica de toda actividad neural integrada .El arco reflejo esta constituido por un receptor , una neurona aferente , una sinapsis o más en una zona de integración central , una neurona eferente y un órgano efector.

Reflejos incondicionales

En el momento de nacer, el sistema nervioso central y muscular neonato, ya han madurado lo suficiente para realizar muchos procesos integrativos que se conocen como reflejos incondicionados y que se traducen en acciones o actividades neuromusculares que no implican acondicionamiento o aprendizaje previo.

Las acciones o actividades resultantes de esos procesos integrativos o reflejos incondicionados varían desde las más simples como un sacudimiento o contracción muscular, a las más complejas, relacionadas con la alimentación del neonato.

Entre los reflejos incondicionados operables en la región orofaríngea del neonato se citan la respiración, postura mandibular, postura de la lengua, deglución infantil, succión, vómitos, tos, etc.

Al nacer el niño no aprende a toser pues podría atorarse y morir antes de que completara el aprendizaje , de igual modo ocurre con la respiración y la alimentación, se asfixiaría o sucumbiera de hambre antes de que aprendiera o adquiriera práctica de estas acciones activas, o sea actividades antes mencionadas , son involuntarias o instintivas.

Reflejos que aparecen con el crecimiento y desarrollo normal



A medida que el niño crece y se desarrolla, el sistema nervioso continúa desarrollándose anatómicamente y madurando fisiológicamente. Comienza a aparecer de modo planificado y como parte del crecimiento y desarrollo normal, patrones reflejos básicos de la actividad muscular, como son las acciones de gatear, trepar, caminar.

Aun cuando el niño no se le ha enseñado o no ha aprendido ninguna de estas actividades, se considera que estos actos reflejos aparecidos durante el crecimiento y desarrollo tienen un componente de reflejos incondicionados reflejos condicionados.

Ahora bien, los reflejos incondicionados presentes en el neonato y los reflejos que aparecen como parte del crecimiento y desarrollo normal del niño (incondicionados – condicionados) constituyen la base para el aprendizaje de aquellos patrones de actividad muscular que se llaman reflejos condicionados.

Evidentemente ningún reflejo condicionado puede ser aprendido hasta que todas las unidades necesarias des sistema nerviosos central y de la musculatura se hayan desarrollado y madurado suficientemente par hacer posible el aprendizaje.

Reflejos condicionados

Reflejo condicionado es una respuesta automática a un estímulo que previamente no provoca respuesta. Pavlov, experimento con perros, observo que estos salivaban normalmente de modo reflejo cuando colocaba carne en sus bocas, el hacia sonar la campana repetidamente antes de colocar en la boca de los perros y de ese modo apareando



os dos estímulos, el neutral (la carne en la boca) y el sonido de la campana se lograba relacionar ambos en el cerebro de los perros de manera que al escuchar las campanadas los perros comenzaban a salivar abundantemente.

Los reflejos condicionados son producto del aprendizaje y gran parte de la conducta del individuo esta basada en la formación de reflejos condicionados.

Acto inconsciente o instintivo

Todo acto que se realiza inconscientemente de modo involuntario. El instintivo no se aprende, es innato.

Estos actos son más propios de animales, aunque en el humano también se realiza.

La respiración y la succión en el neonato son instintivos o involuntarios constituyen reflejos incondicionados y son innatos.

Acto voluntario y consciente

Es todo acto que se realiza voluntariamente y es plenamente consciente, se aprende pero no requiere entrenamiento más bien es producto de una situación nueva que se plantea, con la participación consciente del paciente.

Hábitos

Se define como: el acto repetitivo o frecuencia continúa de un determinado evento de forma consciente o inconsciente el cual puede o no relacionarse con algún tipo de alteraciones.



Tipos de hábitos:

Los hábitos se pueden clasificar en dos grupos:

A Hábitos beneficios o funcionales

Son aquellos cuya práctica da una función normal, realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normales constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos funcionales.

B Hábitos perjudiciales o deletéreos

Son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

La pro tracción o empuje lingual, la succión digital y respiración bucal son ejemplos de estos hábitos.

La práctica de estos hábitos deletéreos pueden producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomagtonático y como consecuencia de ello, anomalías del aparato masticatorio tanto morfológico como funcionales.

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de mala oclusión dentaria y que más frecuentemente observamos son:

- * Succión digital
- * Lengua protráctil
- * Respiración bucal
- * Onicofagia (1)



Succión del pulgar

Este hábito consiste en la introducción del dedo pulgar de una de las manos del niño en la cavidad bucal, generalmente lo hace con la yema o el pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara palatina de los incisivos superiores.

El pulgar mantiene ambas arcadas separadas y la lengua por su dorso se mantiene en contacto y presionando durante el acto de succión digital. La mano del niño con el pulgar introducido en la boca de este hace presión sobre la mandíbula en sentido posterior.

Mala oclusión producida por el hábito de succión del pulgar

La presión del pulgar sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar en las caras palatinas de los incisivos superiores provoca una profundización de la bóveda y protusión dentoalveolar superior.

Al mantenerse separadas las arcadas dentarias por el dedo y apoyarse este en el borde incisal de los incisivos inferiores se produce mordida abierta anterior.

La presión del pulgar y la mano en sentido posterior sobre las caras labiales de los incisivos inferiores y la mandíbula producirán una inclinación lingual de los primeros y una retracción mandibular.

Al realizarse la succión se produce una presión negativa dentro de la boca, que permite la acción del buccinador sobre los segmentos laterales de la arcada dentaria superior, que al no tener soporte de la lengua en la cara palatina de la arcada por hallarse esta separada de la misma, producen un angostamiento de dicha



arcada. El labio superior se vuelve incompetente y el inferior hiperactivo al tener que elevarse durante la deglución para obliterar el espacio entre los incisivos.

Algunas malas oclusiones producidas por este hábito pueden regresar y auto corregirse cuando existe un buen patrón esquelético y el hábito no ha persistido mucho tiempo, en otros casos menos favorable al corregirse o suprimirse el hábito queda alguna secuela.(4)

ETIOLOGÍA

Existen diversas teorías y estudios que tratan de explicar la etiología del hábito de succión digital:

- * **Hambre:** cuando aparece este hábito en las primeras semanas de la vida está típicamente relacionado con problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria.
- * **Tensiones o conflictos emocionales insuperables:** la inseguridad, la falta de atención, celos, deseos de llamar la atención, de los cuales trata de liberarse o escapar, regresando a un patrón de conducta infantil.
- * **Prolongación de la lactancia y sin restricción.** El impulso oral es reforzado por la prolongación de la lactancia sin restricción de esta. (Sear y Wise) esta teoría coincide con la de Freud.
- * Relación entre la crotogenesis de la boca y la organización pregenital y la actividad sexual en la primera semana de la vida. **(Teoría de Freud)**



- ✱ **Inducción por los padres que por este medio tratan de que el niño se tranquilice y no los moleste.**

En resumen la succión del pulgar debe ser considerada por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multifactorial, al que pueden dar orígenes a distintas causas(4,1).

FASES CLÍNICAS DEL HÁBITO Y SU TRATAMIENTO

Los aspectos clínicos de este hábito pueden considerarse en tres fases precisas del desarrollo:

Succión pulgar normal y subclínica mente significativa. Tratamientos

Esta fase del hábito se extiende del nacimiento hasta la edad de tres años más o menos.

La mayoría de los niños se succionan los dedos durante esta etapa de la vida con mayor o menor grado de severidad sobre todo en el momento del destete, abandonando espontáneamente esta práctica cuando llegan a los 3 o 4 años.

Los psicólogos consideran contraproducente tratar de que el niño en esta fase abandone el hábito pues esto podría provocar que lo sustituya con otro hábito.

Sin embargo si muestra tendencia a realizar una succión vigorosa del pulgar se debe enfocar la solución del problema mediante medidas profilácticas para evitar que se produzcan anomalías o deformidades en su aparato masticatorio, en estos casos es recomendable el uso de un chupete hacia el final de la fase que es menos perjudicial.



Succión digital clínicamente significativa. Tratamiento

Esta fase se extiende desde los 3 a los 6 o 7 años. El hábito practicado en esta época requiere atención cuidadosa por el odontólogo por que es un indicador de posible ansiedad clínicamente significativa y por que es el momento más propicio para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Tratamiento que requiere conocimientos psicológicos por parte de la odontología que le permitan tratar adecuadamente al niño, y ganarse su confianza y amistad para lograr la mejor colaboración de este durante el interrogatorio y tratamiento.

Cuando se ha logrado establecer una amistad y confianza mutua entre el paciente y el odontólogo se le puede abordar el problema y explicarle al niño lo dañino que resulta la succión del dedo y lo conveniente que resultaría por el abandonar la práctica del hábito.

Si acepta la sugerencia y muestra buena disposición para colaborar podremos obtener la promesa de que usaría algún aparato que actué como recordatorio de que no debe succionarse el dedo.

A los padres debe explicárseles que dejen el problema al odontólogo y al niño y lo contraproducente que sería usar amenazas o regaños.

Los aparatos que pueden usarse son:

- * Pantalla oral en paciente que colabore bien.
- * Arcos palatinos con puntas de alambre soldados en sitios adecuados.
- * Placas de acrílicos con rejillas de alambre



Cualquiera que sea el aparato que usemos debe reunir ciertas condiciones mínimas como son:

- * No impedir la función normal.
- * Estar bien contruidos y tener buena adaptación.
- * Que el no sienta vergüenza con su uso.
- * Que sean aparatos lo más simples posibles.

Succión pulgar complicada. Tratamiento

La succión del pulgar prolongada desde los tres hasta los siete años requiere intención especial por el odontólogo, por las implicaciones psíquicas que tengan la práctica de este hábito y lo propicio del momento para corregir o suprimir el mismo.

Tratamiento

Dadas las características complejas del hábito desde el punto de vista psíquico y su condición de reflejo nerviosos el intento de suprimirlo de inicio con el uso de aparatos es un grave error que no conduce más que la fracaso, resultando para el niño una frustración más que se añade a las que pudiera sentir

El primer paso en el tratamiento debe ser la solución del problema psíquico por el psicólogo y solamente después de que el niño haya resuelto su conflicto el odontólogo puede proceder a sus tratamiento en forma similar s los casos de succión pulgar clínicamente significativa.(1,2,4)



Lengua protráctil

Es la acción de proyectar o empujar la lengua hacia delante que se produce en el momento de realizar la deglución. Según Moyers la retención prolongada de la deglución infantil o visceral es una de las principales causas de lengua protráctil. La mala oclusión ocurre cuando el mecanismo innato de la deglución es interrumpido. (4)

La lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras por lo tanto su tamaño, su posición en reposo y función son muy importantes. En cuanto a la posición, la lengua en posiciones normales debe estar ubicada entre la bóveda palatina, los arcos dentarios y el piso de la boca. Si ocupa posiciones diferentes ocasiona problemas de mala oclusión.

Características clínicas

- ✚ Presionamiento atípico de la lengua por interposición lingual que acompaña a la deglución. Cuando esto 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.
- ✚ El empuje lingual mantiene una mordida abierta anterior que generalmente crea la succión digital.
- ✚ Movimiento de la cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.
- ✚ Alteración de los fonemas, siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.
- ✚ Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con esta característica.
- ✚ Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.



Efectos Colaterales

Vestíbulo versión de los incisivos superiores e inferiores.

Labio superior e inferior hipertónico o hipotónico.

Lengua rebasando la boca.

Interposición labial.

Tratamiento

Consiste en una terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje, siendo la relación entre estos dos profesionales de carácter anatómico y funcional. La de carácter anatómico se debe a que tanto la función masticatoria como en la articulación, intervienen los mismos elementos anatómicos: labios, lengua, dientes, velo del paladar, faringe. La relación de carácter funcional se debe a la adaptación del organismo a funcionar dependiendo de las necesidades de defensa y supervisión. (función de adaptación).

Es importante que el odontólogo reconozca la relación entre el balance muscular orofacial y la salud de los dientes, ya que un desbalance muscular contribuye de una manera significativa al desarrollo de los patrones de crecimientos inadecuados y como consecuencia, la salud dental se vera afectada. (12,13)



Respiración bucal

La respiración bucal constituye un síndrome típico que se observa en los pacientes que tienen interferencias de la función respiratoria normal en las vías aéreas nasales como consecuencias: de enfermedades generales y locales ya sea obstrucción nasal por un proceso inflamatorio crónico, adenoiditis, asma u otras.

Cuando el paciente respira por la boca, el paladar blando se eleva y hace contacto con la pared posterior de la faringe produciendo un cierre naso-faríngeo, la mandíbula cae para proporcionar una vía bucal de aire mayor y la lengua desciende y deja de estar en contacto con el paladar a la vez que es protruida.

La respiración bucal puede ser de tres tipos:

- * Temporaria: en el caso de un resfriado.
- * Estacional: asociada a alergias.
- * Crónica: en pacientes con obstrucción adenoidea.

Características clínicas del respirador bucal

El síndrome del respirador bucal típico se caracteriza:

- * Labio superior acortado y con marcada astenia por atrofia del orbicular.
- * Hipotónica de las alas de la nariz por falta de función muscular de estas.
- * Vestíbulo versión de los incisivos superiores.
- * Hiperdaquia incisal.
- * Estrechamiento de la arcada superior.
- * Perfil convexo.



La etiología de la respiración bucal puede estar referida a desviaciones del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa naso faringea, alergias, hipertrofia adenoidea, inflamación de las amígdalas

Diagnostico

La observación clínica de las anomalías que presenta el paciente conjuntamente con el interrogatorio nos conduce al diagnostico de este hábito resulta de gran importancia observar el modo en que realiza la respiración el niño , pues nos permite muchas veces percatarnos de alguna obstrucción en una o las dos fosas nasales.(1)

Onicofagia

Es un hábito que se presenta frecuentemente después de la edad de la succión. Este hábito no produce alteraciones oclusales, debido a que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. En algunos casos puede ocasionar atrición de las piezas anteriores.

Algunos autores consideran que dicho hábito es manifestación de la tensión emocional. (1,2)

Oclusión

La palabra oclusión se puede definir como la posición en que recíprocamente quedan los dientes de un maxilar respecto a los del otro, cuando se cierran desarrollando su mayor fuerza ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en su posición normal los cóndilos del maxilar inferior. También se puede definir como oclusión el cierre hacia arriba. Viene de los prefijos "Oc. "Arriba, "oclusión "cierre. En otras palabras oclusión es la relación normal entre los planos inclinados oclusales de los dientes cuando los maxilares están cerrados.



Por consiguiente el término de oclusión caracteriza únicamente un estado, la posición en que quedan los dientes cuando entran en contacto con la aproximación de los maxilares, no constituye un estado de reposo o estático sino un estado dinámico.

Strang describió cinco características que debe tener una oclusión normal:

- * La oclusión dentaria normal es un complejo estructural compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal, y músculos.
- * Los llamados planos inclinados que forman la caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de todos y cada uno de los dientes deben guardar unas relaciones reciprocas definidas.
- * Cada uno de los dientes considerados individualmente y como un solo bloque (la arcada dentaria superior y la arcada dentaria inferior) deben exhibir una posición correcta en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas craneofaciales.
- * Las relaciones proximales de cado de los dientes con sus vecinos y sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que podamos hablar de oclusión normal.
- * Un crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo facial dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras craneales, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio exhiba una oclusión dentaria normal.

En la oclusión normal los dientes superiores ocluyen por fuera de los inferiores tanto en el sector anterior como en el posterior.



Según mayoral se caracteriza por las siguientes variantes: que cada diente superior excepto el ultimo molar ocluye con los diente inferiores, su homólogo y el que sigue a partir de la línea media del arco, esto haciendo un examen en posición mesiodistal de los dientes, es decir que la cúspide del canino superior ocluye con el ángulo que forma el canino y el primer bicúspide inferior.

La cúspide anterior del primer molar superior, encaja con el surco que separan las cúspides anteriores y posteriores del primer molar inferior. Además de la armonía dentaria debe existir armonía con los tejidos de revestimiento, musculatura, curva de spee, distancia interoclusal y morfología de la ATM. (10)

Mala oclusión

Moyers define la mala oclusión como todas aquellas desviaciones en el desarrollo normal de la oclusión. La mala oclusión se refiere también a una oclusión inestable, producida por el desequilibrio opuesto a la masticación, bruxismo, la lengua, los labios, ect. (4).

Graber considera que existe una mala oclusión dentaria cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre sí. Esta afectación puede estar limitada a un par de dientes o de afectar a la mayor parte de los dientes existentes. Una mala oclusión se da cuando falta espacio para acomodar a todos los dientes.

Las malas oclusiones o anomalías de la oclusión son solo anomalías de espacio. En la mala oclusión en dirección mesiodistal el diente o los dientes del arco anómalos estarán mas cerca o mas lejos de la línea media del arco.

En la mala oclusión en sentido vestíbulo lingual la relación de las caras vestibulares de los dientes superiores están por dentro de las caras vestibulares de los dientes inferiores (linguocclusión o vestíbulo versión) las malas oclusiones en sentido vertical consiste en que uno o varios dientes pasan la línea de la oclusión o no llegan a ella.



Las anomalías de la oclusión no son una entidad, si no que son resultados de las irregularidades de las partes blandas del aparato bucal y de los maxilares de los dientes y de la articulación temporo maxilares que necesariamente alteran la situación reciproca normal de los diente cuando se pone en máximo contacto.

En el período en que de da la aparición de los dientes y el momento en que alcanzan su posición definitiva en los arcos, los dientes permanentes están sujetos a una variedad de factores, los más comunes y relacionados a estos estudios tenemos:

Las presiones ocasionadas por los músculos mediante hábitos perniciosos. Pero quizás el más importante de estos factores es la perdida de espacio en la arcada como consecuencia de caries proximales o extracciones prematuras de los dientes primarios.(3)

Mordida Abierta Anterior

La mordida abierta anterior, es la falta de contacto entre los incisivos inferiores y superiores cuando los otros dientes se encuentran en oclusión, se produce porque el dedo se apoya directamente en los incisivos.

Esto evita que los incisivos broten de forma completa o continua, mientras que los posteriores tienen libertad para hacerlo. La mordida abierta anterior también es resultado de la intrusión de los incisivos; si embargo la inhibición de la erupción es más fácil que la intrusión verdadera. La mordida abierta puede crear problemas de empuje lingual y dificultades de lenguaje.

El músculo mentoniano se puede contraer marcadamente lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies palatinas de las piezas anteriores superiores,



con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatura peribucal aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y protusión labial superior, mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Sin embargo debe mantenerse cierta perspectiva, el hecho de que un niño haya desarrollado una mala oclusión (mordida abierta-vestibularización) y casualmente también succionen su dedo, no justifica la conclusión de que succionar el dedo, por si solo, produjo la mala oclusión. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia (1,2,3).

Vestibularización

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anterosuperiores.

El movimiento vestibular de los incisivos depende de cómo coloca el paciente el dedo. Por lo general se colocan los dedos de modo que ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores, provocando una fuerza que inclina los incisivos superiores en sentido vestibular, lo cual da por resultado un aumento de la sobremordida horizontal y debido a la inclinación, menor sobremordida vertical.

La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente, los vuelven particularmente vulnerables a fracturas accidentales. (1,2)

En un estudio de este género, traisman y rakosi examinaron a 2,650 lactantes y niños de más edad desde el nacimiento hasta los 16 años y observaron que el 46% de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa de este período. De este 25% comenzaron durante su primer año de vida. En promedio, la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 años de edad.

En un estudio en serie, conducido por Kakosi, de 693 niños considerados como succionadores pulgares, 60% de ellos habían abandonado el hábito después de los dos



años. La mayoría de este grupo presentaba oclusión normal de los 413 niños de este mismo grupo que presentaban algún tipo de mal oclusiones encontró que habían continuado su hábito de succión del pulgar u otro dedeo más de los 4 años.

En un estudio realizado por Aguilar Ramón y Colaboradores en la Habana Cuba en 1980, demostró que el 70.6 % de los niños de 3-5 años presentaban algún tipo de hábito deformante, siendo el sexo femenino más afectado y el hábito más frecuente fue el deglución atípica.

Chavarria Delgado; (1998) en un estudio realizado en León, Nicaragua; reporto que la prevalencia del hábito de succión digital en niños fue del 83 % no encontrado diferencias significativas por sexo y edad.

En el estudio realizado por Lozano, Centeno y colaboradores en 1991, en León Nicaragua encontraron que el hábito más frecuente en niños de 2-6 años fue la onicofagia y el sexo más afectado fue el femenino.

En el estudio realizado por Valenzuela Betanco en el 2003 en León, Nicaragua se encontró que la prevalencia fue de un 49% y los hábitos bucales predominaron en el sexo masculino.



Diseño Metodológico



DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

De tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en los pre-escolares privados de ciudad de León, durante el periodo de agosto-octubre del 2004.

- * Colegio Pureza de Maria Providencia (Bo. La Providencia)
- * Jardín de Infancia Rubén Darío. (Bo. Zaragoza, Ig. San Francisco 1 c. y ½ al norte)
- * Los Carlitos (Del costado N. del cementerio de Guadalupe ½ al N.)

UNIVERSO DE ESTUDIO

Consistió en todo aquellos niños/as de la edad de 3-5 años de edad (cumplidos) matriculados en los tres pre-escolares en la ciudad de León, en el período de marzo a noviembre del 2004.

- Colegio Pureza de Maria Providencia.....con 189 escolares
- Los Carlitos.....con 129 escolares
- Jardín de Infancia Rubén Darío.....con 197 escolares

Teniendo un universo de.....515 escolares

MUESTRA

El procedimiento que usamos para obtener nuestra muestra fue: muestreo simple aleatorio al azar en un porcentaje de un 58% de cada uno, completando una muestra de 300 escolares.



La siguiente tabla indica la cantidad de niños (as) que se tomo de cada preescolar por edades y sexo

Masculino

Edad(años) Preescolares	Tres años	Cuatro años	Cinco años	Total
Jardín de Infancia Rubén Darío	20	16	18	54
Colegio Pureza de Maria Providencia	15	24	21	60
Los Carlitos	15	10	11	36
Total	50	50	50	150

Femenino

Edad(años) Preescolares	Tres años	Cuatro años	Cinco años	Total
Jardín de Infancia Rubén Darío	25	22	18	65
Colegio Pureza de Maria Providencia	15	12	13	40
Los Carlitos	10	16	19	45
Total	50	50	50	150



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del examen clínico	Dato obtenido del expediente escolar de cada niño	De 3 a 5 años
Sexo	Diferencia genotípica y Fenotípica de los individuos.	Dato obtenido del expediente escolar de cada niño	Masculino Femenino
Hábito bucal deformante	Acto repetitivo consciente o inconsciente en el cual se involucran estructuras bucales con peligro potencial o franco de alteración.	Observación (examen clínico) Interrogatorio	SI NO
Alteración de la oclusión	Presencia en la cavidad bucal de alteraciones o desviaciones de los patrones normales.	Examen clínico del niño	Vestibuloversión Mordida abierta Anterior



VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
SUCCION DIGITAL	Hábito en el cual el niño introduce el dedo pulgar en la cavidad bucal.	Que posea callosidad en alguno de sus dedos.	Si
		Que la uña del dedo con callosidad este más limpia que las demás.	
		Que posea un color más claro en el dedo de la callosidad.	NO
		El niño puede tener paladar profundo y/o vestíbulo versión de los incisivos superiores.	
		Puede presentar mordida abierta anterior.	
		Mordida, cruzada posterior Inclinación lingual en incisivos	
		Resalte mayor del normal Puede presentar Gingivitis	



VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
LENGUA PROTRACTIL	Acción de empujar la lengua hacia adelante que se produce en el momento de la deglución .	Puede presentar vestíbulo versión de las piezas antero superiores	SI
		Puede tener labio hipo o hipertónico si es superior o inferior respectivamente	
LENGUA PROTRACTIL	Acción de empujar la lengua hacia adelante que se produce en el momento de la deglución .	Puede presentar macroglosia	NO
		Puede presentar antecedentes de succión digital puede regurgitar un poco de agua al tomarla.	
LENGUA PROTRACTIL	Acción de empujar la lengua hacia adelante que se produce en el momento de la deglución .	Evidentemente coloca la lengua entre los arcos dentales	



VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Respiración Bucal	Síndrome típico que se observa en paciente con interferencias de la función respiratoria normal.	Que el niño relajado y retraído inhale aire por la boca o bien que tenga abierta la boca	SI
		Resequedad gingival hipo tonicidad labial Vestíbulo versión de los de anteriores.	NO

VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Onicofagia	Hábito compulsivo de comerse las uñas.	Que presente uñas cortas y redondas (evidencia de corte con los dientes)	SI
		Que durante la observación se le encuentre haciéndolo	NO



Hábito	Interrogatorio a la Maestra
Succión Digital	<p>¿El niño se chupa algún dedo? Si _____ No _____</p> <p>Ocasión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Todo el tiempo que esta en el aula b. Cuando esta aburrido c. Cuando se le llama la atención
Respiración Bucal	<p>¿Ha notado que el niño respira por la boca? Si _____ No _____</p> <p>¿Ha notado si el niño permanece con la boca abierta? Si _____ No _____</p> <p>¿Con que frecuencia lo hace? _____</p>
Onicofagia	<p>¿El niño se come las uñas durante las clases? Si _____ No _____</p> <p>¿Con que frecuencia lo hace? _____</p>



VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Vestibuloversión	Inclinación de los dientes anterosuperiores	Resalte horizontal mayor de 3 mm .	Si No

VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Mordida Abierta Anterior	Modificación de la dirección del crecimiento de las estructuras dentoalveolares, producidas por el hábito.	Sobre mordida vertical y horizontal Empuje de la lengua, Dientes anteriores separados	Oberbite + 3 mm Oberyect + de 3mm Siempre se observa boca abierta



INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de la información se realizó a través de una ficha individual para cada niño, elaborada en base a los objetivos del estudio, en la que se describieron los datos generales como el nombre del Centro Preescolar, la edad y sexo del niño(a), la presencia o ausencia de los hábitos a investigar.

METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se hizo un primer contacto con la Delegada Municipal de MECD, a la cual se le planteó los objetivos del estudio y se le solicitó la autorización para visitar a los directores (as) de dichos Centro Preescolares. Una vez que lo autorizó se visitó a los Directores (as) en su respectivo centro.

Previo a la recolección de la información, se realizó una estandarización de criterios con un ortodoncista, para disminuir sesgos.

Durante la primera visita se hizo contacto con las profesoras de Preescolar y con los niños de los distintos niveles, con el objetivo de lograr la confianza de ambos, pues todas actividades previas fueron un éxito, ya que demostraron interés sobre el estudio que iba a realizar.

Para la recolección de la información se utilizó el aula de clase en las primeras horas de la mañana, la recolección consistió en un examen clínico al niño y un interrogatorio a la profesora de los niños.



Examen Clínico

Realizamos primeramente en el aula de clase una presentación de las actividades que íbamos a realizar con los niños.

Fuimos llamando a los niños (as) por apellido y los ubicamos en un lugar previamente establecido con todas las condiciones requeridas.

Examen Extraoral:

1. **Dedos:** para comprobar su limpieza presencia de callosidades, hongos, observamos el tamaño de las uñas, humedad.
2. **Nariz:** tamaño y forma de las narinas, al sellar los labios observar como se mantienen la respiración con un espejo.
3. **Respiración:** resistencia al flujo de aire a través de la nariz .
4. **Cavidad oral:** si se encuentra abierta o cerrada al respirar.
5. **Labios:** tamaño de los labios tanto inferior como superior y resequedad.

Examen Intraoral:

1. **Encías:** resequedad gingival e inflamación.
2. **Arcadas por separado:** arcada superior, posición de incisivos inferiores y arcada inferior, desgaste del esmalte.
3. **Arcada en oclusión:** plano anteroposterior: si existe inclinación anterior de los incisivos inferiores. Aumento del esmalte.

Plano vertical: observar mordida abierta.

Plano transversal: observar mordida abierta.

En oclusión pedimos al niño (a) que tragara saliva para observar la posición que tomaría la lengua.



LOS RECURSOS UTILIZADOS

Recursos Humanos:

Equipo investigador: Tres egresados de la carrera de Odontología.

Niños (as)

Maestras

Recursos Materiales:

- * Barreras de protección (guantes, nasobuco, gabacha)
- * Espejo bucal
- * Baja lengua
- * Vasos descartables
- * Solución antiséptica
- * Lapicero
- * Ficha de recolección de datos
- * Pupitre
- * Agua

Una vez concluida la recolección de la información, se procedió a elaborar una base de datos en el programa de Microsoft Excel, en base a los objetivos planteados. Los resultados se plantean en cuadros estadísticos.



Resultados



Resultados

Presentamos la distribución de nuestro universo y las variables de la siguiente manera:

Tabla 1

Total de niños examinados:	300 niños
Sexo masculino:	150 niños para un 50%
Sexo femenino:	150 niñas para un 50%
Total	300 niños para un 100%

Niños que presentan hábitos:	182 para un 61 %
Niños que no presentan hábitos:	118 para un 39 %
Total	100%

FUENTE PRIMARIA



TABLA 2

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES EN NIÑOS PREECOLARES DE LA CIUDAD DE LEON EN EL PERÍODO DE MARZO –NOVIEMBRE 2004

Masculino					
Edad	Nº	Con Hábitos	% De Niños Con Hábitos	% De Niños Sin Hábitos	Total
3	50	37	74%	26%	100%
4	50	33	66%	34%	100%
5	50	24	48%	52%	100%
Total	150	94	63%	37%	100%
Femenino					
Edad	Nº	Con Hábitos	% De Niños Con Hábitos	% De Niños Sin Hábitos	Total
3	50	35	70 %	30 %	100%
4	50	33	66 %	34 %	100%
5	50	20	40 %	60 %	100%
Total	150	88	59 %	41 %	100 %

FUENTE PRIMARIA

En esta tabla se observa la prevalencia de hábitos bucales según edad y sexo, el cual el mayor porcentaje es para el sexo masculino con un 63% y en el sexo femenino con un 59%. A la edad de tres años se presenta el mayor porcentaje de hábitos bucales, siendo mayor para el sexo masculino con un 74% y en el sexo femenino con un 70%. A la edad de cuatro años es igual en ambos sexos, con un 66%. A la edad de cinco años se presenta el menor porcentaje para para ambos sexos, con un 48% en el sexo masculino y en el sexo femenino con un 40%.



TABLA 3

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE 3-5 AÑOS EN LA CIUDAD DE LEÓN EN EL PERÍODO DE MARZO – NOVIEMBRE 2004.

MASCULINO												
EDAD (años)	Total de niños	Nº Niño con Hábitos	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRACION BUCAL		ONICOFAGIA		TOTAL	
			Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
3	50	37	16	43	7	19	6	16	8	22	37	100
4	50	33	13	39	8	24	5	15	7	21	33	100
5	50	24	8	33	6	25	4	17	6	25	24	100
FEMENINO												
EDAD (años)	Total de niñas	Nº Niñas con Hábitos	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRACION BUCAL		ONICOFAGIA		TOTAL	
			Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
3	50	35	15	43	12	34	4	11	4	11	35	100
4	50	33	13	39	10	30	5	15	5	15	33	100
5	50	20	7	35	7	35	2	10	4	20	20	100



El hábito de mayor frecuencia es el de Succión Digital en ambos sexos, seguido por el de Lengua Protráctil. El de menor prevalencia fue Respiración Bucal en el sexo femenino. A la edad de tres años el hábito de Succión Digital tiene un 43% para ambos sexos.. A la edad de cuatro años el hábito de Succión Digital tienen el mismo porcentaje para ambos sexos para un 39%. A la edad de cinco años fue mayor en el sexo femenino con un 35% y un 33 % en el sexo masculino.

A la edad de tres años el hábito de lengua protráctil el sexo femenino presentó un mayor porcentaje con 34% y el masculino con un 19%. A los cuatro años fue mayor en el femenino con un 30 % y un 24 % para el sexo masculino. A los cinco años fue mayor para el sexo femenino con un 35 % y un 25 % en el sexo masculino.

A la edad de tres años el hábito de respiración bucal fue mayor en el sexo masculino con un 16% y un 11 % en el sexo femenino. A la edad de cuatro años fue igual para ambos sexos con un 15%. A los cinco años fue 17% y en femenino con un 10%.

A los tres años el hábito de Onicofagia es mayor en el sexo masculino con un 22% y en el sexo femenino con un 11%. A los cuatro años es mayor en el sexo masculino con 21% y en el sexo femenino con un 15%. A los cinco años es mayor en el sexo masculino con un 25% y en el sexo femenino con un 20%.



TABLA 4

PREVALENCIA DE MALA OCLUSION SEGÚN EDAD EN NIÑOS PREESCOLARES DE 3-5 AÑOS EN LA CIUDAD DE LEON EN EL PERIDODO DE MARZO - NOVIEMBRE 2004.

Masculino			
Edad (años)	Total de Niños	Con mala Oclusión	100 %
3	50	28	56
4	50	32	64
5	50	35	70
Total	150	95	63
Femenino			
Edad (años)	Total de Niñas	Con mala Oclusión	100 %
3	50	21	42
4	50	25	50
5	50	26	52
Total	150	72	48

De manera general la prevalencia de mala oclusión fue mayor en el sexo masculino con un 63 % y en el sexo femenino con un 48 %.

Los que presentaron mayor porcentaje fue el sexo masculino con un 70% a la edad de cinco años, a la edad de cuatro años con un 64 % y a la edad tres años con un 56 % .

En el sexo femenino la mayor prevalencia se presento a los cinco años con un 52 %, a la edad de cuatro años con un 50% y a los tres años con un 42 %.



TABLA 5

FRECUENCIA DE MALA OCLUSIÓN SEGÚN EL HÁBITO BUCAL DEFORMANTE EN NIÑOS PREESCOLARES DE 3-5 AÑOS EN LA CIUDAD DE LEÓN EN EL PERÍODO MARZO – NOVIEMBRE 2004.

HÁBITO DEFORMANTE	TOTAL	VESTIBULOVERSION		MORDIDA ABIERTA	
		Frecuencia	Prevalencia	Frecuencia	Prevalencia
SUCCION DIGITAL	72	62	84 %	59	78%
LENGUA PROTACTIL	50	38	76%	30	60%
RESPIRACION BUCAL	26	15	58%	13	50%
ONICOFAGIA	34	18	56%	15	44%

La frecuencia de mala oclusión según la relación Succión Digital – Vestíbulo versión fue de 86% y Succión Digital – Mordida Abierta anterior con un 82 % .

Siguiendo en orden descendente el hábito lengua protráctil tuvo una relación de vestíbulo versión con un 76 % y la relación lengua protráctil-mordida abierta anterior con un 60 %. La respiración bucal – vestíbulo versión fue de un 58 % y la respiración bucal – mordida abierta anterior fue de un 50 % .

En menor porcentaje la relación onicofagia –vestíbulo versión fue de un 53 % y onicofagia-mordida abierta anterior con un 44 % .



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños preescolares de 3-5 años en la ciudad de León, es de 61 niños con hábitos deformantes por cada cien examinados, lo que permite decir que la prevalencia de estos hábitos es alta, estos datos son muy similares a los encontrados por Valenzuela Bentanco con un 50% de niños afectados.

Al estudiar la prevalencia de hábitos bucales según edad y sexo, los resultados mostraron que para ambos sexos, la mayor prevalencia fue a la edad de tres años, con un **74 %**, en el sexo masculino y en el sexo femenino un **70 %**. Estos resultados son muy similares a los reportados por Chavarría Delgado en un estudio realizado en niños de 3-6 años en la ciudad de León en el año 1998., al igual que la investigación realizada por Valenzuela en la ciudad de Sébaco en niños de 3-5 años con un 52% en el sexo masculino y un 46% en el sexo femenino.

En relación a la frecuencia de hábitos bucales, el de mayor frecuencia fue el de succión digital con un 43% para ambos sexos. Según Sydney Finn, a los tres años los niños tienen mayor frecuencia del hábito de succión digital, ya que a esta edad la mayoría de los niños encuentran en este hábito el confort que le brindaba la lactancia materna. De acuerdo a Pinkham el hábito del pulgar conforma la mayor parte de los hábitos bucales, alrededor de dos terceras partes de este hábito, se abandona hacia los cinco años de edad.



Se ha comprobado por estudios (2, 3) que el estrés es un estímulo fuerte en el hábito de succión digital, es probable que este sea uno de las causas de su alta frecuencia, considerando que los niños hoy en día son sometidos a estrés desde temprana edad como por ejemplo: adaptarse a nuevos ambientes y encontrarse solos etc.

Después del hábito de succión digital el de mayor frecuencia es el hábito del lengua protráctil, con un 35 % en el sexo femenino a la edad de cinco años, y en el sexo masculino se presentó un 25 % a la edad de cinco años, Según la literatura (Bengto, Nusson) es muy probable , que los niños en general , después que han tenido el Hábito de succión digital , abandonen este Hábito para desarrollar el de lengua protráctil .

La frecuencia de onicofagia, fue de un 25 % en el sexo masculino a la edad de cinco años, y en el sexo femenino con un 20 % a la edad de cinco años. Frecuentemente se ha pensado que el comer uñas es indicador de tensión o ansiedad. En algunos casos el hábito por sí mismo puede ser un factor de tensión en la familia según Pinkham Estos datos son muy similares con la investigación de Valenzuela, por ser mayor en el sexo masculino.

El hábito de respiración bucal representa el 17 % en el sexo masculino a la edad de cinco años y en sexo femenino con un 15 % a la edad de cuatro años, estos porcentajes son mucho menores que los encontrados por Kurt y Cols (31%)

La respiración bucal no solo produce alteraciones en el sistema estomatognatico, sino también en otros sistemas del organismo, considerándose como un síndrome porque produce una gran cantidad de manifestaciones y deformaciones en el crecimiento. Pueden presentar problemas de aprendizaje por la deficiente oxigenación, además presentan problemas de halitosis y gingivitis (⁴)

Los daños que pueden provocar los hábitos bucales dependen de varios factores como la edad que empieza el hábito, la frecuencia, duración, intensidad, así como factores nutricionales, genéticos, ect según Pinkham.



Del total de niños examinados se encontró que el 56 % de la población estudiada, presentaba mala oclusiones, lo que significa que la cantidad de mala oclusión es bastante alta, estos datos son menores que otros estudios; Larrocca en 1996 en la UNAM reporta un promedio de 80 %, Luchense en 1975 reporta un promedio de 81 %.

Con respecto a la prevalencia de mala oclusión según edad y sexo los que presentaron mayor prevalencia fue el sexo masculino a la edad de cinco años para un total de 70 %, y en el sexo femenino con un 52 % a la edad de cinco años. A relacionar estos datos con la edad se obtuvo un incremento de alteraciones oclusales a medida que aumentaba la edad según Moyers.

En el Hábito de succión digital la alteración mas frecuente es la vestibulo versión de los diente antero superiores para un 86 %. La relación succión digita- mordida abierta anterior fue de un 81%.

Entre los signos más comunes del hábito de succión digital se señala:
Movimiento vestibular de los incisivos superiores y mordida abierta anterior según Pinkham .

Siguiendo en orden decendente la relación lengua protráctil –vestíbulo versión 76 % y mordida abierta anterior fue en un 60 %. Según Sydney Finn en niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en vestibulo versión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

La relación respiración bucal – vestibulo versión en un 58% y mordida abierta anterior en un 50 %. Según Sydney Finn no se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause mal oclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca.



La relación onicofagia-vestibuloverción fue de 53% y mordida abierta anterior con un 47%. Según (1,2) no hay evidencia que indique que morderse las uñas pueda ocasionar mala oclusión o cambios dentales.



Conclusiones



CONCLUSIONES

- * La prevalencia de hábitos bucales deformantes, es alta.
- * La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue mayor a la edad de tres años en ambos sexos.
- * El hábito deformante que tuvo mayor frecuencia fue el de succión digital en el sexo masculino, seguido del hábito de lengua protráctil.
- * La prevalencia de mala oclusión en relación presencia de hábitos bucales tuvo un 56 %.
- * La alteración de la oclusión mas frecuente en niños con Hábitos bucales deformantes, fue la vestibulo versión, seguida de mordida abierta anterior.



Recomendaciones



RECOMENDACIONES

- * Que el Ministerio de Salud (MINSa) en coordinación con el Ministerio de Educación, desarrollen un programa de educación en salud bucal, dirigido a los padres de familia de los niños preescolares donde se les de a conocer la importancia de detectar a tiempo y tratar los hábitos bucales deformantes, a fin de evitarle problemas bucodentales a los niños en un futuro.

- * Que la Facultad de Odontología de la UNAN – León, organice y desarrolle programas de capacitación dirigidos a los maestros con el fin de que estos puedan detectar tempranamente a los niños que presentan estos hábitos y orientar a los padres de familia, para que den un tratamiento oportuno.



Bibliografía



BIBLIOGRAFIA

1. FINN B. SINNEY
ODONTOPEDIATRIA CAPITULO IV, IV EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA MEXICO. 1978.
2. PINKHAM JR
ODONTOLOGÍA PEDIATRICA
2DA EDICIÓN
MÉXICO INTEROAMERICANA 1996
3. GRABER T. M
ORTODONCIA: TEORIA PRÁCTICA
3ERA EDICION, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
4. VALENZUELA, BETANCO 2002
PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE TRES A CINCO AÑOS EN LA CIUDAD DE SEBACO, MATAGALPA.
5. THOMAS K. BARBER – LARRY S. LUKE
ODONTOLOGIA PEDIATRICA. MANUAL MODERNO
6. MARINA LOZANO, RUTH LEON, LEANA CENTENO
HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS EN LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DE LEÓN EN 1991, 2 EJEMPLOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
7. JIMÉNEZ, ANGELES TATIANA
FRECUENCIA DEL HABITO DE SUCCION DEL DEDO PULGAR Y LA PRESENCIA DE MALAS OCLUSIONES
2 EJEMPLOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
8. CHAVARRIA DELGADO
HABITOS BUCALES MAS FRECUENTES EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3-6 AÑOS EN CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL , 1998
2 EJEMPLOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



9. ANDLAW , RJ
MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA
2DA EDICIÓN
MÉXICO INTEROAMERICANA 1989

10. MAYORAL
ORTODONCIA: TEORIA Y PRÁCTICA. FUNDAMENTOS

<http://www.google.com.ni>

<http://www.odontcat.com>

<http://dentinator.net>

<http://www.ceo.com>

<http://www.db.doyma.es>

<http://www.eo.uach.mx/programas/ODONTOPEDIATRIA>

<http://www.odontologia.uchile.cl>

<http://www.consultas.cuba.cu>

<http://www.odontologia.iztacala.unam.mx>



Anexos



GRAFICO 1

Porcentaje de niños preescolares de tres a cinco años en la ciudad de León con hábitos y sin hábitos bucales deformantes

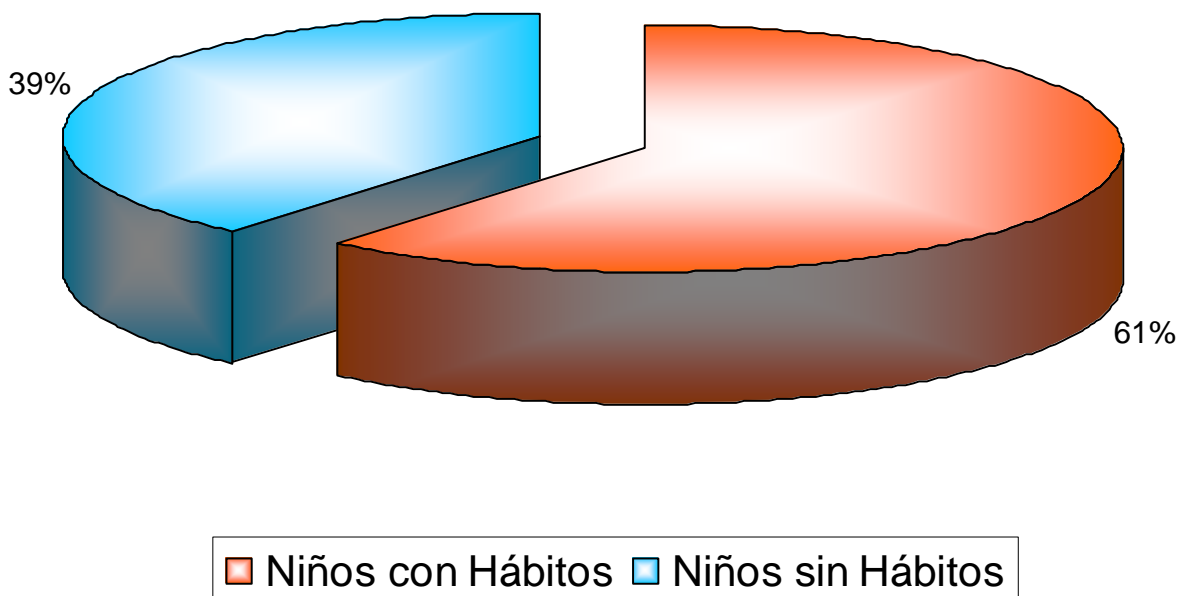




GRAFICO 2
Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños preescolares de la Ciudad de León en el periodo de Marzo - Noviembre 2004

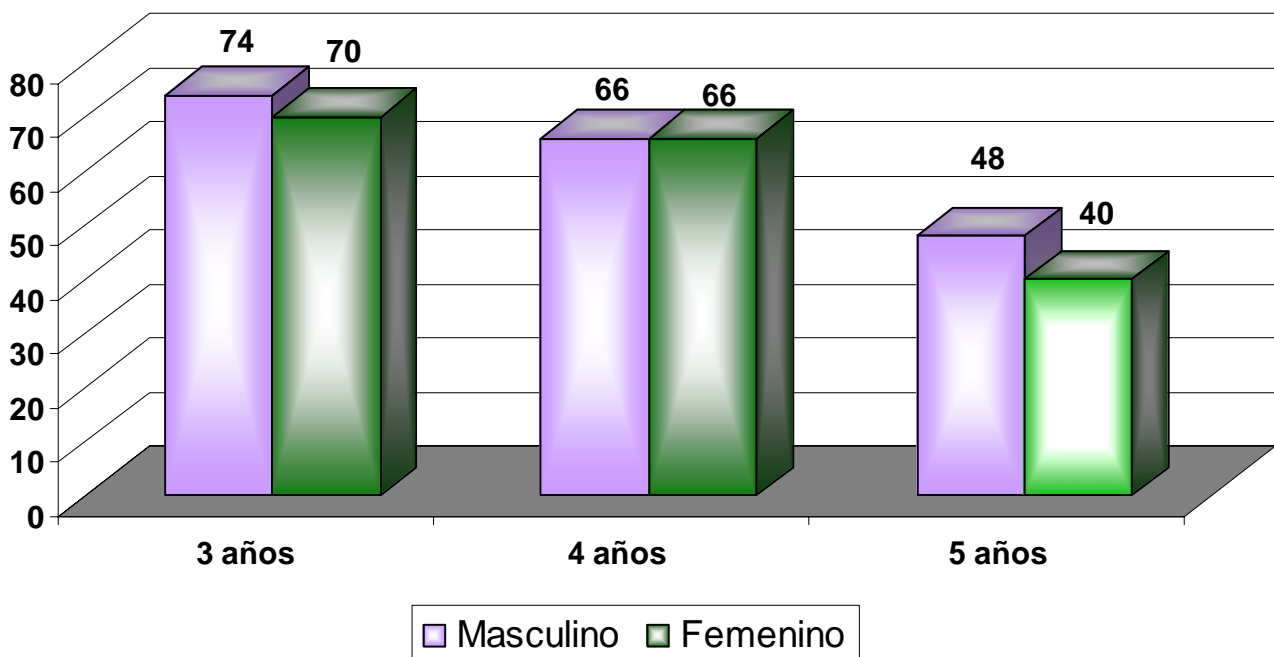




GRAFICO 3

Frecuencia de hábitos bucales deformantes según edad y sexo masculino en niños preescolares de 3 - 5 años en la Ciudad de León en el periodo de Marzo – Noviembre 2004

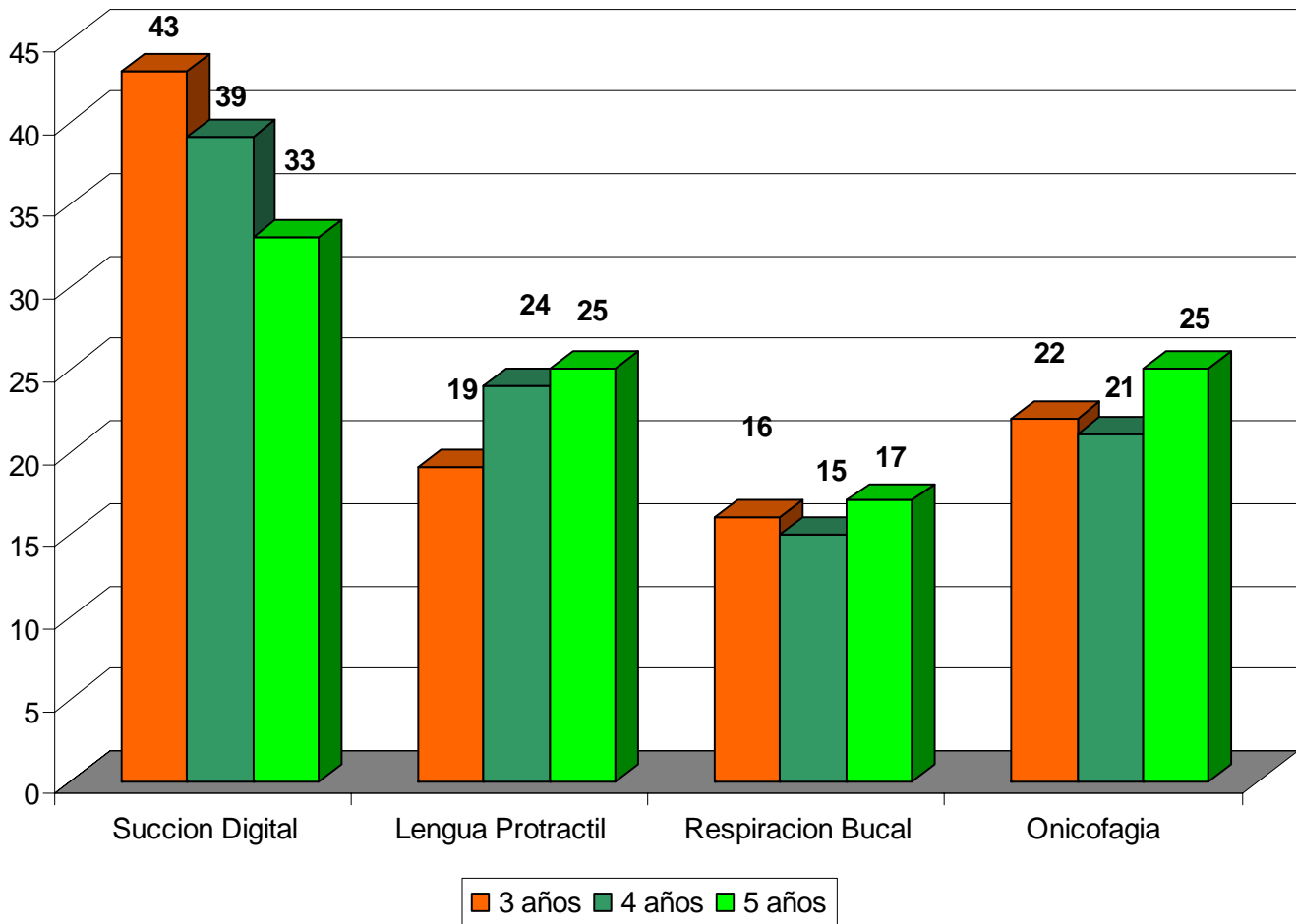




GRAFICO 3.1

Frecuencia de hábitos bucales deformantes según edad y sexo femenino en preescolares de 3 - 5 años en la Ciudad de León en el periodo de Marzo – Noviembre 2004

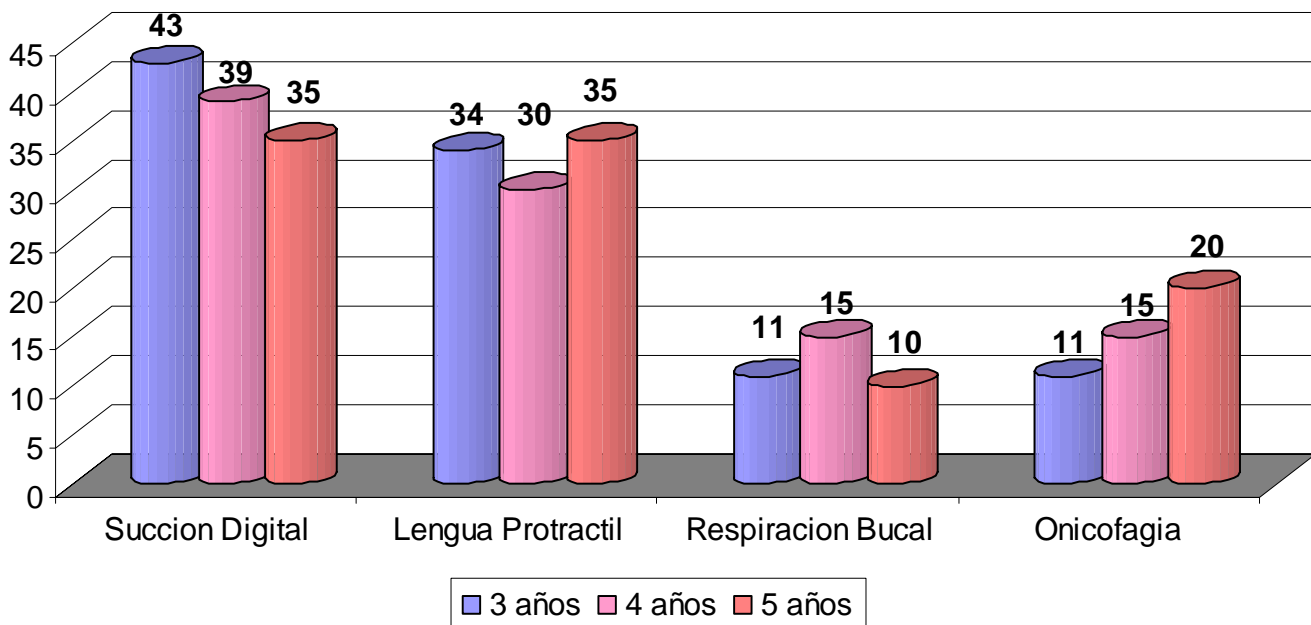




GRAFICO 4

Prevalencia de mala oclusión según edad en niños preescolares de 3-5 años en la ciudad de leon en el periodo de marzo - noviembre 2004

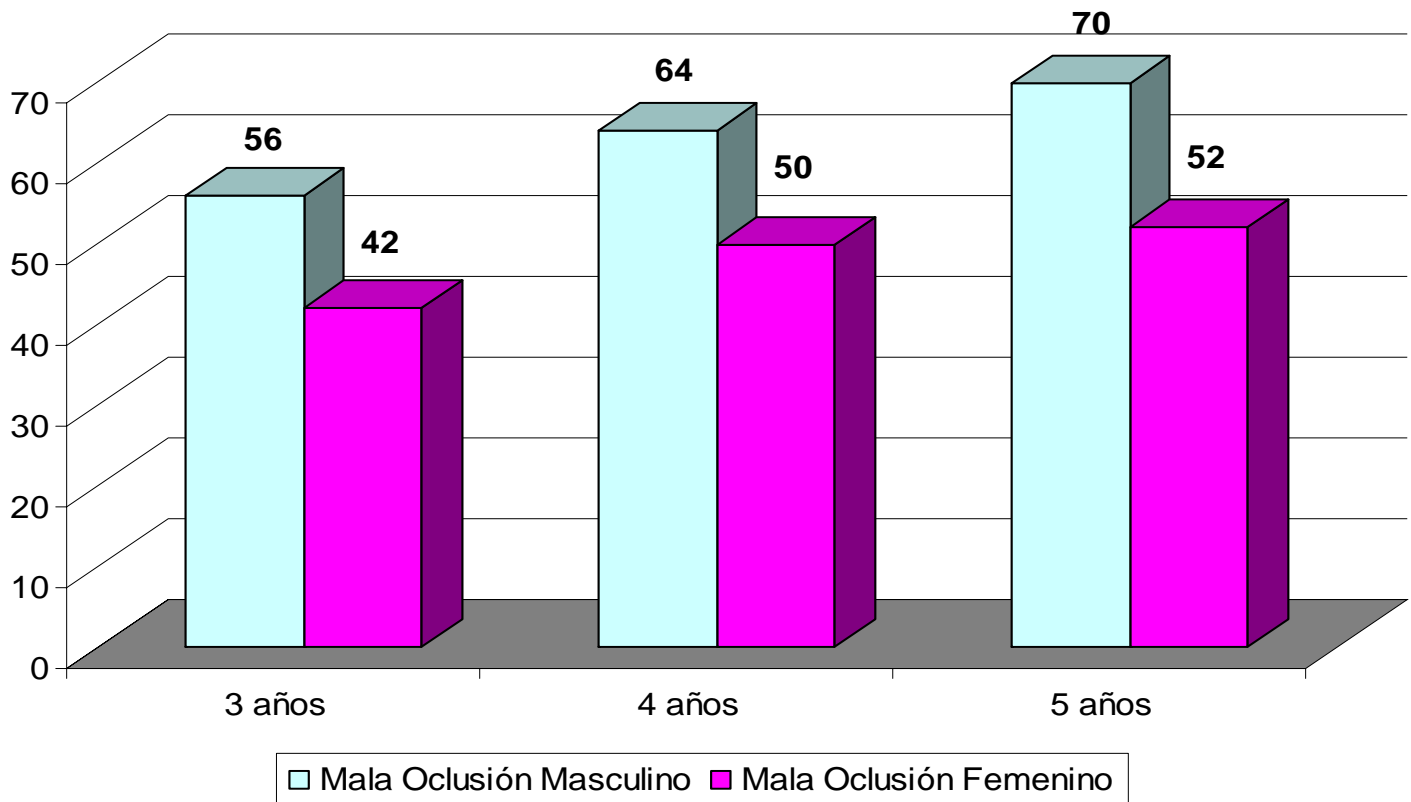
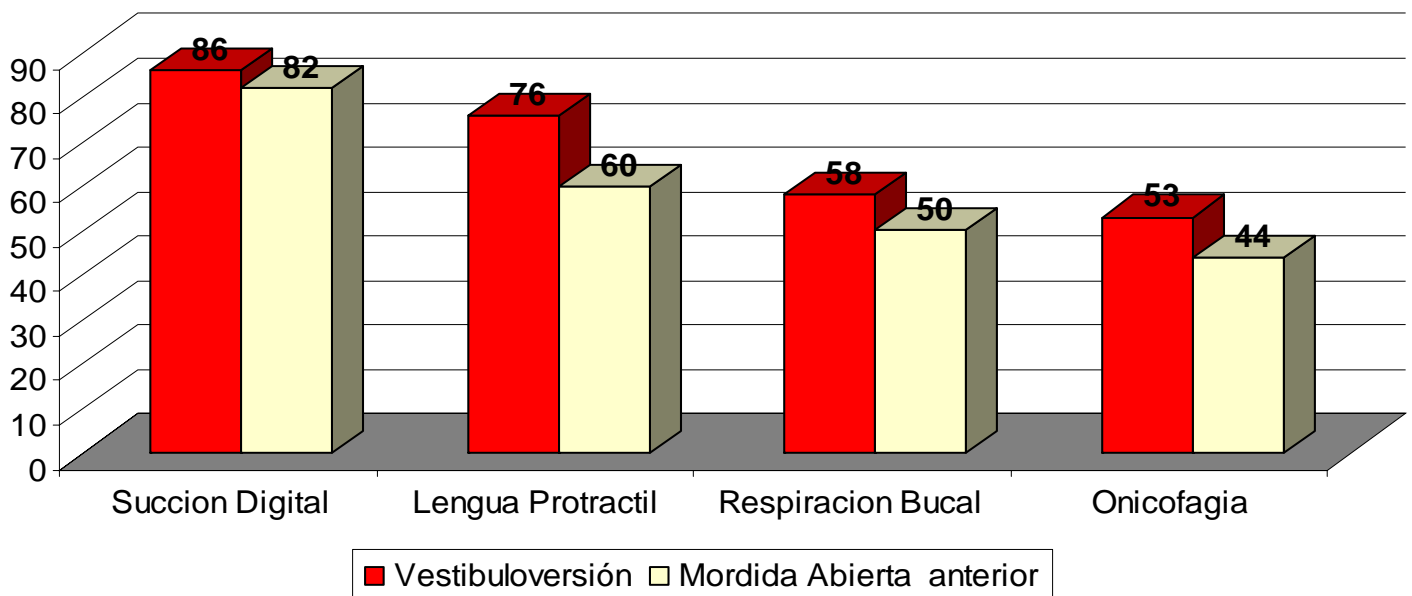




GRAFICO 5

Frecuencia de mala oclusión según el hábito bucal deformante en niños preescolares de 3-5 años en la ciudad de leon en el periodo marzo – noviembre 2004.





Nombre de niño:

Fecha de nacimiento:

I. Examen extraoral

- | | | |
|---|--------------------|--|
| 1. Dedos | Limpios | Con callosidades |
| 2. Labios | | |
| a) Labio superior | Normal | Labio corto |
| b) Cierre labial | Normal | Alterado |
| c) Labio inferior | Normal | Grueso y evertido |
| d) Irritación de piel cercana al labio inferior | SI | NO |
| 3. Nariz | | |
| a) Aletas nasales | redondeadas | aplanadas |
| b) Al sellar los labios | respiración normal | respiración se acelera o es insuficiente |

II. Examen intraoral

- | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------|
| 1. Lengua | | |
| a) En deglución | Normal | Interpuesta |
| b) En reposo | Normal | Interpuesta |
| c) En fonación | Normal | Interpuesta |
| 2. Oclusión | | |
| A. Arcadas por separado | | |
| a) Arcada superior | | |
| Forma | Semicircular | Elíptica (comprimida) |
| Incisivos | Normales | |
| 3. Protruídos | | |
| B. Arcada inferior | | |
| a) Incisivos | Normales | Retruídos |
| C. Arcadas en oclusión | | |
| a) En sentido transversal | | |
| Normal | Vis-à-vis | Mordida cruzada |
| b) En sentido anteroposterior | Resalte | |
| | a. normal, b. vis-a-vis, c. aumentada, d. disminuida | |
| c) En sentido vertical | a. sobremordida, b. mordida abierta anterior. | |