

*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – LEON*

Facultad de Odontología



Trabajo monográfico para optar al título de
Cirujano Dentista.

*Prevalencia de hábitos Bucales deformantes y presencia de algunas
alteraciones de la oclusión en preescolares de 4 a 6 años en el
Instituto Cristo Redentor del municipio Muelle de los Bueyes.
Región Autónoma Atlántico Sur.*

Autores:

Janniel Antonio Bonilla Peña.

Lisseth Pilar Rodríguez Carrasco.

Harold Rodríguez Blandon.

Tutor: Dr. Francisco Ruiz

León 26 de marzo 2007.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	4
INTRODUCCION.....	8
OBJETIVOS.....	12
MARCO TEORICO.....	14
DISEÑO METODOLOGICO.....	31
RESULTADOS.....	40
DISCUSION DE RESULTADOS.....	47
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS.....	56

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro padre celestial.

A nuestros padres.

A los colegios donde cada uno de nosotros recibimos nuestra primera educación y su complejo docente.

A nuestro tutor Dr. Francisco Ruiz por su apoyo y tiempo brindado.

A nuestros amigos y compañeros que siempre estuvieron con nosotros y que nunca faltó ese apoyo incondicional.

Janniel Bonilla, Lisseth Rodríguez, Harold Rodríguez.

Dedicatorias

DEDICATORIA

Dedico este estudio a Dios nuestro padre por dador de la vida y cumplidor de sueños.

A mis padres y hermanos que siempre estuvieron conmigo y fueron apoyo incondicional para poder culminar mi carrera.

Janniel Antonio Bonilla Peña

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a Dios por permitirme ser un profesional.

A mi padre y madre brindarme ese esfuerzo.

A mis hermanos y amigos por brindarme su apoyo cuando más lo necesitaba.

Liseth Rodríguez Carrasco.

DEDICATORIA

Dedico este estudio monográfico en primer lugar a Dios padre por permitir llegar a este momento tan importante de mi vida.

A mi padre Dr. Roberto Rodríguez y madre, por su apoyo y motivo de inspiración.

A los docentes de la facultad de odontología por su apoyo y comprensión que nunca falto.

Harold Rodríguez Blandon.

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 dentro buco maxilo faciales.

En las distintas consultas bibliográficas se encontró que hay autores que plantearon estrechas relaciones entre algunos hábitos y las deformaciones dentro buco maxilo faciales se puede decir que para el año 1800 ya se hablaba de esta problemática.⁴

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.

Según la investigación de Handler, se realizó un estudio de prevalencia de anomalías dentomaxilares en una población escolar perteneciente a colegios municipales de la ciudad de Talca compuesta por 627 niños de edades que fluctúan entre 6 y 9 años 11 meses. Todos los niños incluidos en este estudio fueron examinados clínicamente determinando si presentaban o no alguna

⁴ Valenzuela Betanco 2002. Prevalencia de habitos bucales en de tres a cinco años en la ciudad de Sebaco Matagalpa.

anomalía dentomaxilar de acuerdo a sus características morfofuncionales. Se determinó que un 39,1% de los pacientes examinados presentan una oclusión normal o compensada y que un 60,9% presentaban alguna de las anomalías consideradas en este estudio. Del total de anomalías se encontró que las Desarmonias Dentomaxilares eran las que presentaban una mayor frecuencia seguida por las Formas de Compresión.

Además se determina el Riesgo Relativo de Hábitos Bucales de desarrollar anomalías dentomaxilares, principalmente Formas de Compresión y Mordidas Abiertas encontrando que Para el caso de las primeras presentan un mayor riesgo en orden descendente la Respiración Bucal, Interposición Lingual en Reposo, Hábitos de Succión y Deglución Infantil. En el caso de las Mordidas Abiertas se encontró que los Hábitos de Succión presentan un mayor riesgo de desarrollar esta anomalía seguido por Deglución Infantil y Respiración Bucal. De acuerdo a lo anteriormente expresado se hace prioritario el realizar campanas de educación para la población de manera tal que puedan reconocer los problemas de oclusión de los niños y de esta forma prevenir el desarrollo de anomalías que si se perpetúan en el tiempo aumentan las dificultades de tratamiento. También se debe señalar la necesidad de mantener los niveles de salud oral de los niños a través de medidas preventivas e interceptivas con el claro objetivo de disminuir el daño poblacional, la complejidad de los tratamientos y su alto costo.⁵

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.

⁵ Marina Lozano, Ruth León, Leana Centeno. Hábitos bucales en niños de 0 a 6 años en los centros de desarrollo infantil de León en 1991.

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 de los hábitos bucales y alteraciones de la oclusión en escolares de 4-6 años en el municipio de Muelle de los Bueyes Región Autónoma Atlántico Sur?

El motivo de la presente investigación, conlleva a analizar prevalencia de los hábitos bucales, 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, además analizar alteraciones de la oclusión, cuales son mas frecuentes y así determinar el comportamiento de ambos tipos de problemas y su posible interacción. Esto nos facilita obtener un estudio estadístico y hacer una valoración de hábitos bucales en niños de este municipio con estudios realizados en otros departamentos.

Objetivos

Objetivos.

OBJETIVO GENERAL:

- ➔ Determinar la prevalencia de niños con hábitos bucales deformantes y presencia de algunas alteraciones de la oclusión en preescolares de 4 a 6 años, en el municipio de Muelle de los Bueyes Región Autónoma Atlántico Sur Noviembre del 2007.

BJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia de niños con hábitos bucales según edad y sexo.
2. Establecer frecuencia de tipos de hábitos bucales deformantes según edad y sexo.
3. Determinar la prevalencia de algunas alteraciones de la oclusión según edad y sexo.
4. Identificar algunas alteraciones de la oclusión, según el hábito.

Marco Teórico

MARCO TEORICO

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.¹

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.

¹ Finn B. Sinney Odontología capitulo 4 edición editorial interamericana México 1978.

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 del sistema nervioso central y de la musculatura se hayan desarrollado y madurado suficientemente par hacer posible el aprendizaje.²

Reflejos condicionados.

Pavlov había observado en sus trabajos sobre fenómenos glandulares, que los perros (los organismos con los que experimentaba) se producían secreciones gástricas con el alimento durante el proceso de digestión, y después de varios ensayos, sólo la presencia del experimentador, parecía tener influencia sobre el organismo, ya que esto solo era suficiente para provocar el fenómeno de

² Pinkhan JR odontología pediátrica 2da edición. México interamericana 1996.

secreción. Por ello las denominó "secreciones psíquicas" ya que no se encontraban razones fisiológicas que las justificaran.

Pavlov realiza una interpretación fisiológica de las actividades registradas en los hemisferios cerebrales con el objeto de evitar la utilización de conceptos subjetivos en el estudio de los fenómenos. De allí que sus estudios, no fueran considerados por él como psicológicos, de hecho, profundizó su unidad de análisis en los reflejos. Consideraba así que existían diferentes tipos de reflejos:

1. Los reflejos innatos: Cuya relación con el organismo se daba en términos de totalidad, y que referían a lo que había denominado conducta instintiva.

2. Los reflejos condicionados: O el resultado de la adaptación del organismo a cierto medio ambiente a través de la cual ayudan a preservar su existencia.

Finalmente, de acuerdo a una relación espacio temporal entre estímulos, se llegó a postular la teoría de que toda nuestra conducta no es nada más que una cadena de reflejos, algunos innatos y la mayor parte (sobre todo en los seres humanos) aprendidos, adquiridos o condicionados por el simple hecho de haber (en algún momento de la existencia del organismo) sido asociadas ciertas condiciones ambientales. Pavlov nunca imaginó lo que sus investigaciones llegarían a influir decisivamente en el principal defensor del conductismo, John Broadus Watson.³

Hábitos

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

Tipos de hábitos:

Los hábitos se pueden clasificar en dos grupos:

³ Grabert T. M. ortodoncia: teoría practica 3ra edición, nueva editorial interamericana.

A Hábitos beneficiosos 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

Succión del pulgar

Al principio, la succión del pulgar generalmente está determinada por la sensación de hambre, por el hecho de que el lactante no ha comido lo bastante y siente la necesidad innata de satisfacer su propio instinto. No hay que preocuparse, por tanto, si durante los primeros meses el niño tiende a chuparse el pulgar. Probablemente, sólo tenga hambre y no se trate todavía de una mala costumbre. Si vemos que quiere meterse el dedo en la boca inmediatamente después de la toma, debemos empezar a pensar en otras maneras de satisfacer el instinto de succión, como puede ser el uso del chupete.

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 arcada 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.⁴

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.

⁴ Valenzuela Betanco. Prevalencia de hábitos bucales en niños de 3 a 5 años en niños de sebaco Matagalpa.

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.

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 esta 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)** Su punto de partida es la noción de "inconsciente psicológico". Según Freud, lo fundamental en el orden psicológico es la zona inconsciente. El inconsciente es dinámico y ejerce una presión constante sobre el plano consciente y, por lo tanto, en la conducta de la persona. Este inconsciente está constituido por instintos (todo lo congénitamente dado), pero bajo la acción del mundo exterior, lo inconsciente ha sufrido una transformación, que es la conciencia, una fuerza también capaz de oponerse a los impulsos del inconsciente. Entre la conciencia y el inconsciente existe el "pre-consciente", un intermediario constituido por fenómenos inconscientes que integran la actividad de la conciencia, y que son susceptibles de hacerse conscientes. Pero para esto, deben sufrir una serie de operaciones deformadoras: la censura, que también es adquirida por la acción del medio exterior, bajo la influencia de la educación.

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.

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 atención 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 nervioso el intento de suprimirlo de inicio con el uso de aparatos es un grave error que no conduce más

que el 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 su tratamiento en forma similar son los casos de succión pulgar clínicamente significativa.

Lengua protráctil

Es la acción de proyectar o empujar la lengua hacia delante que se produce en el momento de realizar la deglución.

Empuje o protracción lingual simple. Descripción, Características clínicas

Consiste en el empuje lingual que acompaña a la deglución. Cuando esta 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, bien circunscrita y delimitada.

El empuje lingual mantiene una mordida abierta anterior que generalmente creó la succión digital.

Empuje o protracción lingual compleja. Descripción, Características clínicas

Consiste en el empuje lingual que acompaña a la deglución, cuando esta se realiza se produce contracciones de los labios, el músculo mentoniano mientras los elevadores de la mandíbula no se contraen y hay protusión lingual entre los dientes de ambas arcadas y esta no están en contacto en el momento de la deglución.

La mordida abierta asociada con este hábito suele ser difusa y difícil de delimitar hay pobre adaptación oclusal entre ambas arcadas e inestabilidad en el

engranaje cuspídeo ya que este no se refuerza durante la deglución y habitualmente presentan interferencias cuspideas en la posición retraída de contacto oclusal.

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, adenoiditas, 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 protruída.

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

Diagnóstico

La observación clínica de las anomalías que presenta el paciente conjuntamente con el interrogatorio nos conduce al diagnóstico 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.

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, "occlusión "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 recíprocas 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 cada uno 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 último molar ocluye con los dientes 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.

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 y otro.

Graber considera que existe una mala oclusión dentaria cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal entre si.

Existe una mala oclusión dentaria cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentra en relación anormal entre si. 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 de 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 de los sus corresponde con los dientes opuestos. (Mesioclusion, Distoclusion).

En la mala oclusión en sentido vestibulo lingual la relación de las caras vestibulares de los dientes superiores están por dentro de las caras vestibulares de los dientes inferiores (linguoclusion o vestibulo 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.

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 encontrando 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.⁵

También se realizaron otros estudios en el año 1992 en la facultad de odontología UNAN - LEON sobre el mismo en niños escolares donde se concluye que el hábito deformante que se presento con mayor frecuencia fue el de la lengua protráctil.⁶

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

⁵ Marina Lozano, Ruth León, Leana Centeno. Habitos bucales en niños de 0 a 6 años en los centros de desarrollo infantil de León en 11991.

⁶ Chavarria delgado habitos bucales mas frecuentes en niños(as) de 3 a 6 años en centros de desarrollo infantil.

Diseño Metodológico

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

De tipo descriptivo y de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la escuela pública "Cristo Redentor, del municipio Muelle de los Bueyes, Región Autónoma Atlántico Sur.

Esta escuela es fundada en el año 1970, por gestión del Gobierno Municipal y el Ministerio de Educación. La infraestructura consta de tres edificios (pabellones) independientes con tres aulas de clases cada uno, una cancha de basketball y un cafetín, todo esto dentro de media manzana de terreno. En esta escuela se imparte educación preescolar por la mañana y primaria por la tarde que consta de 450 alumnos(as). La educación preescolar es impartida a 80 niños en edades de 4 a 6 años, distribuido este número en tres aulas de clases. El complejo docente consta de cuatro maestros(as) de educación preescolar incluido el director del centro.

POBLACION DE ESTUDIO

Esta consiste por el total de 80 niños/as de la edad de 4 a 6 años, que asisten regularmente al colegio Cristo Redentor del municipio de Muelle de los Bueyes, en el período de noviembre del 2007.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Succión digital	Hábito en el cual el niño introduce el dedo pulgar en la cavidad bucal.	Con hábito Sin hábito.	Que posea callosidad en alguno de sus dedos. Que posea un color más claro en el dedo de la callosidad. El niño puede tener paladar profundo y/o vestíbulo versión de los incisivos superiores.	Si No
Lengua protactil	Acción de empujar la lengua hacia adelante que se produce en el momento de la deglución	Con hábito Sin hábito	Puede presentar vestíbulo versión de las piezas antero superiores. Puede tener labio hipo o hipertónico si es superior o inferior respectivamente Evidentemente coloca la lengua entre los arcos dentales	Si No
Respiración bucal.	Síndrome típico que se observa en paciente con interferencias de la función respiratoria normal.	Con hábito Sin hábito	Que el niño relajado y retraído inhale aire por la boca o bien que tenga abierta la boca. hipotonicidad labial superior Resequedad gingival.	Si No
Onicofagia.	Hábito compulsivo de comerse las uñas.	Con hábito Sin hábito	Que presente uñas cortas y redondas (evidencia de corte con los dientes) Que durante la observación se le encuentre haciéndolo.	Si No

VARIABLE	DEFINICION	CRITERIO	VALOR
Lengua protactil.	Acción de empujar la lengua hacia adelante que se produce en el momento de la deglución .	<p>Puede presentar vestíbulo versión de las piezas antero superiores</p> <p>Puede tener labio hipo o hipertónico si es superior o inferior respectivamente</p> <p>Puede presentar macroglosia</p> <p>Puede presentar antecedentes de succión digital puede regurgitar un poco de agua al tomarla.</p> <p>Evidentemente coloca la lengua entre los arcos dentales</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>
Respiración Bucal	Síndrome típico que se observa en paciente con interferencias de la función respiratoria normal.	<p>Que el niño relajado y retraído inhale aire por la boca o bien que tenga abierta la boca</p> <p>Resequedad gingival</p> <p>hipotonicidad labial superior</p> <p>Vestíbulo versión de los de anteriores.</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>
Onicofagia	Hábito compulsivo de comerse las uñas.	<p>Que presente uñas cortas y redondas (evidencia de corte con los dientes)</p> <p>Que durante la observación se le encuentre haciéndolo</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>

Hábito	Interrogatorio a la Maestra
Succión Digital	<p>¿El niño se chupa algún dedo? SI _____ No _____</p> <p>Ocasión:</p> <ol style="list-style-type: none"> Todo el tiempo que esta en el aula Cuando esta aburrido 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
Vestibuloversion	Inclinación de los dientes anterosuperiores	Resalte horizontal mayor de 3 mm.	Si No
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 Oberjet + 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 describe los datos generales del niño de acuerdo a la partida de nacimiento, la edad y sexo del niño(a), el nombre del centro escolar, la presencia o ausencia de los hábitos a investigar.

METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se hizo un primer contacto con el Delegado Municipal del Ministerio de Educación, a la cual se le plantearon los objetivos del estudio y se le solicitó la autorización para visitar al director de dicho Centro escolar. Previo a la recolección de la información, se realizó una estandarización de criterios con un ortodoncista, para disminuir riesgos.

Durante la primera visita se hizo contacto con las profesoras de Preescolar y con los niños(as), con el objetivo de lograr la confianza de ambos.

Para la recolección de la información se utilizó el aula de clase en las primeras horas de la mañana, para ganar la confianza del niño se hizo una pequeña conferencia sencilla con dibujos representativos de la importancia de una buena salud dental, la recolección consistió en un examen clínico al niño y un interrogatorio a la profesora de los niños.

El examen se realizó en dos aspectos: Examen extraoral, revisamos dedos si se encuentran limpios o con callosidad, labio superior si esta normal o si es labio corto, observación del cierre labial si está normal o alterado, labio inferior si esta normal o grueso y evertido, si hay presencia de irritación de la piel cercana al labio inferior, la nariz aletas nasales redondeadas o aplanadas. Examen intraoral, la lengua si es normal o interpuesta durante la deglución en reposo y en fonación, arcada superior forma si es semicircular o elíptica, incisivos centrales superiores

normales o protruidos, arcada inferior, incisivos centrales inferiores normales o retruidos, arcadas en oclusión, en sentido transversal observamos si es normal, cúspide a cúspide o mordida cruzada.

El examen fue llevado a cabo en el siguiente orden.

Examen extraoral:

- * Dedos, si se encuentran limpios o con callosidad.
- * Labio superior, si esta normal o si es labio corto.
- * Observar cierre labial, si esta normal o alterado.
- * Labio inferior, si esta normal grueso y evertido.
- * Observar piel cercana a los labios.
- * Nariz aletas nasales redondeadas o aplanadas.

Examen intraoral:

- * Lengua si es normal o interpuesta.
- * Arcada superior.
- * Incisivos centrales superiores.
- * Arcada inferior.
- * Incisivos centrales inferiores.
- * Arcadas en oclusión.

LOS RECURSOS UTILIZADOS

Recursos Humanos:

Equipo investigador: tres estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología.

Niños (as)

Maestras

Recursos Materiales:

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

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 plantearon en cuadros estadísticos.

Resultados

RESULTADOS

TABLA 1

TOTAL DE NIÑOS EXAMINADOS SEGÚN SEXO.

Total de niños examinados:	
Sexo masculino:	54
Sexo femenino:	35
Total	80

TOTAL DE NIÑOS SEGÚN PRESENCIA DE HÁBITO.

Niños que presentan hábitos:	50 PARA UN 62.5%
Niños que no presentan hábitos:	30 PARA UN 37.5%
Total	80 PARA UN 100%

TABLA 2

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES, SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERÍODO DE MARZO –NOVIEMBRE 2007.

Masculino					
Edad	Nº	Con Hábitos	% De Niños Con Hábitos	% De Niños Sin Hábitos	Total
4	7	4	57.14%	42.86%	100%
5	22	12	54.54%	45.45%	100%
6	16	11	68.75%	31.25%	100%
Total	45	27	60%	40%	100%
Femenino					
Edad	Nº	Con Hábitos	% De Niños Con Hábitos	% De Niños Sin Hábitos	Total
4	3	2	66.66%	33.33%	100%
5	22	13	59.09%	40.9%	100%
6	10	8	80%	20%	100%
Total	35	23	65.7%	34.3%	100%

FUENTE PRIMARIA.

N= Cantidad de niños y niñas examinados:

En esta tabla se observa la prevalencia de hábitos bucales según edad y sexo, el cual el mayor porcentaje es para el sexo femenino con un 65.7% y en el sexo masculino 60%. A la edad de seis años se presenta el mayor porcentaje de hábitos bucales, siendo mayor para el sexo femenino con un 80% y en el sexo masculino con un 68.75%. A la edad de cinco representa mayor porcentaje de habito el sexo femenino con 59.09%. A la edad de seis representa el mayor porcentaje para el sexo femenino con un 80%.

TABLA 3

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4-6 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERÍODO DE MARZO – NOVIEMBRE 2007.

MASCULINO												
EDAD (años)	Total de niños	Nº Niño con Hábitos	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRACION BUCAL		ONICOFAGIA		TOTAL	
			Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
4	7	4	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
5	22	12	0	0%	11	91.6%	1	8.4%	0	0%	12	100%
6	16	11	3	27.3%	8	72.7%	0	0%	0	0%	11	100%
FEMENINO												
EDAD (años)	Total de niñas	Nº Niñas con Hábitos	SUCCION DIGITAL		LENGUA PROTRACTIL		RESPIRACION BUCAL		ONICOFAGIA		TOTAL	
			Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
4	3	2	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	4	100%
5	22	13	1	7.7%	12	92.3%	0	0%	0	0%	13	100%
6	10	8	0	0%	4	50%	3	37.5%	1	12.5%	8	100%

Análisis tabla 3

El hábito de mayor frecuencia es el de lengua protactil en ambos sexos, seguido por el de succión digital. El de menor prevalencia para ambos sexos fue Onicofagia y Respiración Bucal. A la edad de cuatro años el hábito de lengua protactil tiene un 100% en sexo masculino 100% en el sexo femenino. A la edad de cinco años el hábito de lengua protactil tiene mayor frecuencia en sexo femenino con 92.3% y 91.6% para el sexo masculino. A la edad de seis años presenta mayor frecuencia en sexo masculino con 72.7% y sexo femenino con 50%.

En la edad de cuatro años el habito de succión digital presenta una frecuencia del 0% para ambos sexos, a la edad de cinco años presenta mayor frecuencia el sexo femenino con un 7.7% y sexo masculino 0%, a edad de seis presenta mayor frecuencia el sexo masculino con un 27.3% y sexo femenino 0%.

A la edad de cuatro años, el habito de respiración bucal presenta un 0% tanto para sexo masculino como femenino, a la edad de cinco años presenta mayor frecuencia el sexo masculino con un 8.4% y sexo femenino 0%, a la edad de seis años presenta mayor frecuencia el sexo femenino 37.5% y un 0% para sexo masculino.

A la edad de cuatro años, el hábito de onicofagia presenta un 0% tanto para sexo masculino como femenino, a la edad de cinco años presenta un 0% tanto para masculino como femenino, a la edad de seis años presento una mayor frecuencia el sexo femenino con un 12.5% y sexo masculino un 0%.

TABLA 4

PREVALENCIA DE MALA OCLUSION SEGÚN EDAD EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4-6 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIDODO DE MARZO - NOVIEMBRE 2007.

Masculino			
Edad (años)	Total de Niños	Con mala Oclusión	100 %
4	7	0	0%
5	22	6	27.27%
6	16	9	56.25%
Total	45	15	33.33%
Femenino			
Edad (años)	Total de Niñas	Con mala Oclusión	100 %
4	3	1	33.33%
5	22	8	36.36%
6	10	3	30%
Total	35	12	34.28%

De manera general la prevalencia de mala oclusión fue mayor en el sexo femenino con un 34.28% y en el sexo masculino un 33.33%.

En el sexo masculino la mayor prevalencia de mala oclusión se presento a la edad de seis años con un 56.25%. En el sexo femenino la mayor prevalencia se presento a la edad de cinco años con un 36.33%

TABLA 5

FRECUENCIA DE MALA OCLUSION SEGÚN EL HÁBITO BUCAL DEFORMANTE EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4-6 EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERÍODO MARZO – NOVIEMBRE 2007.

HÁBITO DEFORMANTE	TOTAL	VESTIBULO VERSION		MORDIDA ABIERTA	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
SUCCION DIGITAL	4	0	0%	4	100%
LENGUA PROTRACTIL	41	6	14.63%	16	39.02%
RESPIRACION BUCAL	4	1	25%	2	50%
ONICOFAGIA	1	0	0%	0	0%

La frecuencia de mala oclusión según la relación Succión Digital – Vestíbulo versión fue de 0% y Succión Digital – Mordida Abierta anterior con un 100 %.

La vestíbulo versión, se presento en un 14.63% en niños que presentan el habito de lengua protactil.

La mordida abierta se presento en un 100% en niños que presentan el hábito de succión digital.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

La prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños preescolares de 4-6 años según la edad y sexo en la escuela Cristo Redentor del Municipio de Muelle Bueyes, es de 50 niños(as) para un 62.5%, lo cual se puede considerar como una situación muy grave, debido a que por las pocas posibilidades económicas de este sector, la no atención profesional de estos niños con hábitos puede en el futuro presentar problemas de oclusión y los tratamientos de ortodoncia tienen un alto costo económico.

Al analizar la prevalencia de hábitos según edad y sexo los resultados mostraron que para el sexo masculino la mayor prevalencia se da a la edad de seis años con 68.75% de prevalencia y en el sexo femenino la edad de seis años con un 80 % de prevalencia. Estos resultados son bajos a los reportados por Chavarria Delgado en un estudio realizado en niños de 3-6 años en la ciudad de León en el año 1998 encontrando un 83% de prevalencia sin diferencia en sexo y edad, a diferencia de 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.

Esto nos permite llegar a la conclusión de que nos encontramos en una falta de atención por parte de los padres y de una educación en salud bucal deficiente por parte de los maestros, esto debido a las condiciones socioeconómicas y culturales de este sector, ya que estas se desatienden por ser zonas apartadas.

En relación a la frecuencia de hábitos bucales, el de mayor frecuencia fue lengua protáctil con un 100 % a la edad de cuatro años en el sexo masculino, en el sexo femenino un 100 % a la edad de cuatro años.

Seguido succión digital en el sexo masculino con un 27.3 % a la edad de seis años, estos datos difieren según la literatura (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.

En el sexo femenino el habito de mayor frecuencia respiración bucal con un 37.5 % a la edad de seis años, a lo que podemos llegar que hay mayor practica de habitos en varones, habitos que con la intensidad de su practica, dominio, desatención y falta de educación por parte de padres y maestros con el tiempo forman alteraciones de la oclusión e anomalías dentomaxilares.

El habito de respiración bucal presenta un 8.4% a la edad de cinco años y en el sexo femenino un 37% a la edad de seis años, estos datos son mucho menores que los encontrados por Kurt y Cols 31%, igual que Valenzuela que presentó un 61 %.

El hábito de onicofagia a la edad de cuatro años, presenta un 0% tanto para sexo masculino como femenino, a la edad de cinco años presenta un 0% tanto para masculino como femenino, a la edad de seis años presento una mayor frecuencia el sexo femenino con un 12.5% y sexo masculino un 0%. En la literatura consultada (Pinkham) refiere que en algunos casos el hábito por sí mismo puede ser un factor de tensión en la familia. Estos datos no concuerdan con la investigación de Valenzuela, por ser mayor en el sexo masculino con un 52%.

Con respecto a la prevalencia de mala oclusión según edad y sexo los que presentaron mayor prevalencia fue el sexo masculino con un 56.25 % a la edad de seis años, en el sexo femenino se encontró mayor prevalencia de mala oclusión a la edad de cinco años con un 36.36 %, estos resultados nos lleva a que este sector necesita la implementación de una educación en salud bucal necesaria tanto padres como hijos, pero esta la contraparte que es considerado por el Ministerio de salud y Educación como un sector aislado y no se toma en cuenta.

La frecuencia de la mala oclusión según el hábito, se encontró la mayor frecuencia en el hábito succión digital asociado con mordida abierta con un 100 %. Seguido de lengua protactil asociado con mordida abierta con un 39.02 %.

En estudios realizados por Lozano, Centeno y colaboradores en 1991 en León Nicaragua encontraron que el hábito más frecuente en niños de 2 - 6 años fue onicofagia afectando más al sexo femenino. En comparación con nuestro estudio difiere ya que el hábito mas frecuente es lengua protactil tanto sexo masculino como femenino. Otro estudio realizado por Valenzuela Betanco en el 2003 en León encontraron que la prevalencia de habitos fue de un 49% predominando el sexo masculino en nuestro estudio la prevalencia de habitos fue de un 80% predominando el sexo femenino.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- ✱ La prevalencia de hábitos bucales deformantes, es alta.
- ✱ La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue mayor a la edad de seis años, tanto en sexo masculino como femenino.
- ✱ El hábito deformante que tuvo mayor frecuencia fue el de lengua protáctil en el sexo masculino, seguido del hábito de succión digital.
- ✱ La prevalencia de mala oclusión según la edad, tuvo un mayor porcentaje el sexo femenino con un 34.28 % y en el sexo masculino un 33.33 %.
- ✱ La alteración de la oclusión mas frecuente en niños con Hábitos bucales deformantes, fue la mordida abierta anterior, seguida de vestíbulo versión.

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.

Bibliografija

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. 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.
6. CHAVARRIA DELGADO
HABITOS BUCALES MÁS 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.
7. ANDLAW, RJ
MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA
2DA EDICIÓN
MÉXICO INTEROAMERICANA 1989.
8. MAYORAL
ORTODONCIA: TEORIA Y PRÁCTICA. FUNDAMENTOS.

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

<http://www.odontcat.com>

<http://dentinador.net>

<http://www.ceo.com>

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

Amevas

GRAFICO 1

PORCENTAJE DE NIÑOS PREESCOLARES DE CUATRO A SEIS AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES CON HABITOS Y SIN HABITOS BUCALES DEFORMANTES

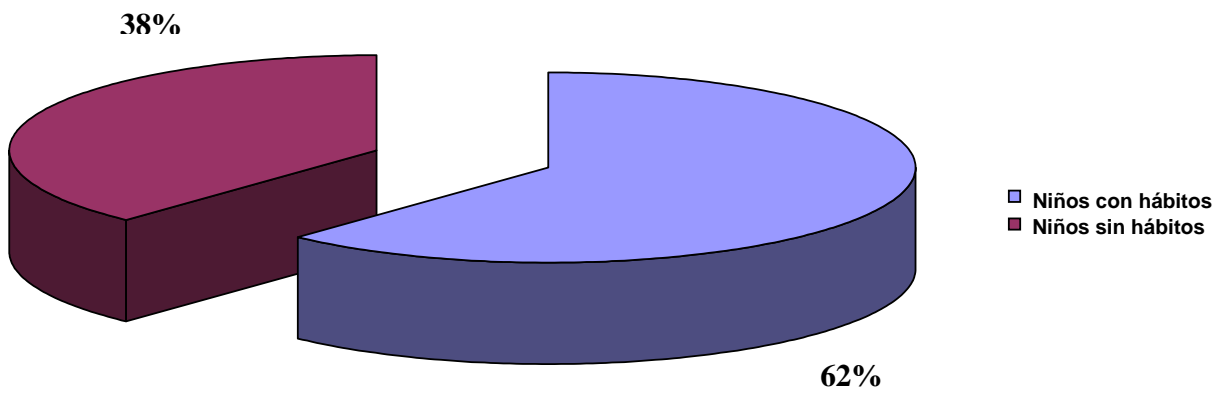


GRAFICO 2

PREVALENCIA DE HABITOS BUCALES DEFORMANTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.

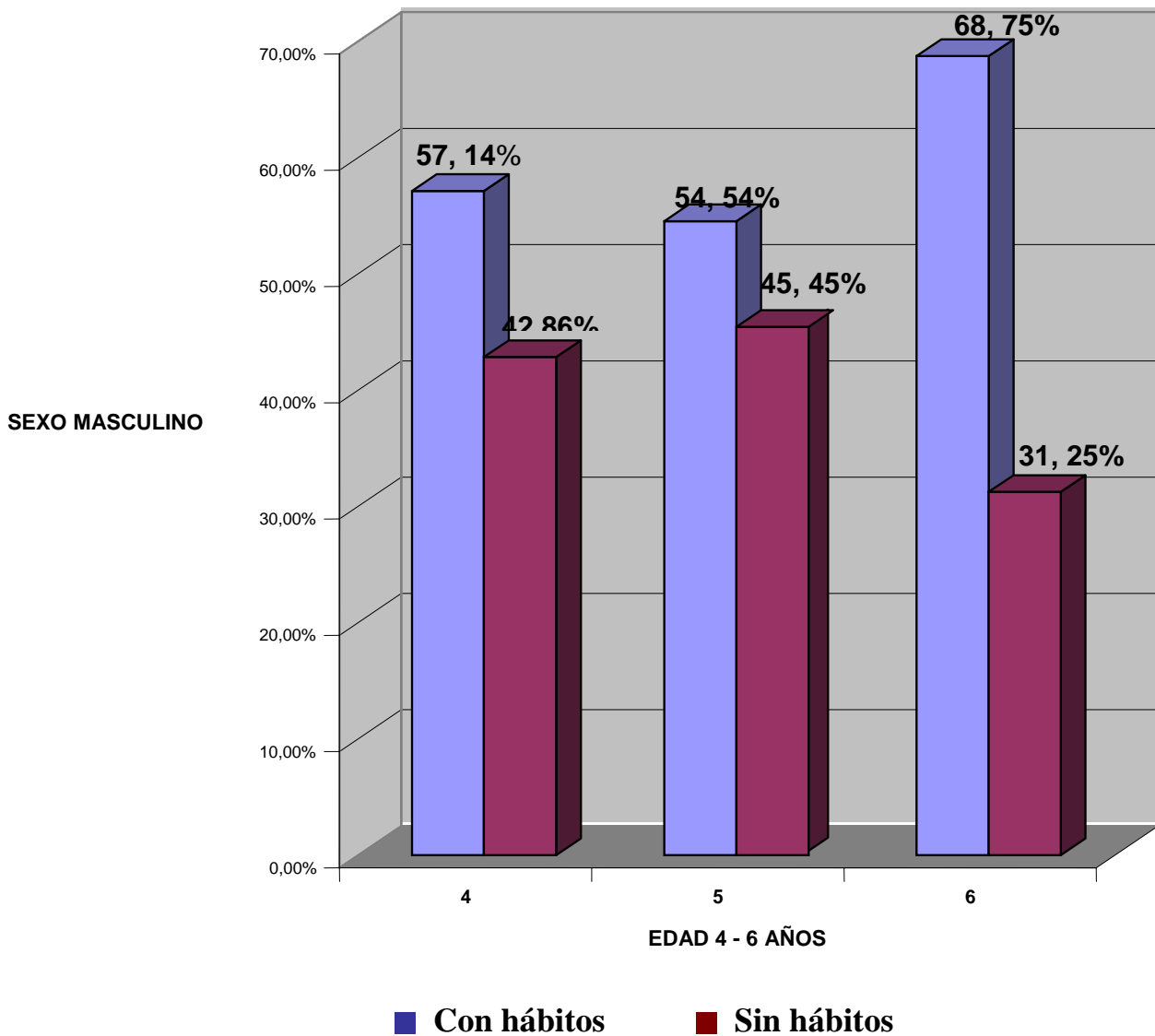


GRAFICO 3

PREVALENCIA HABITOS BUCALES DEFORMANTES, SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.

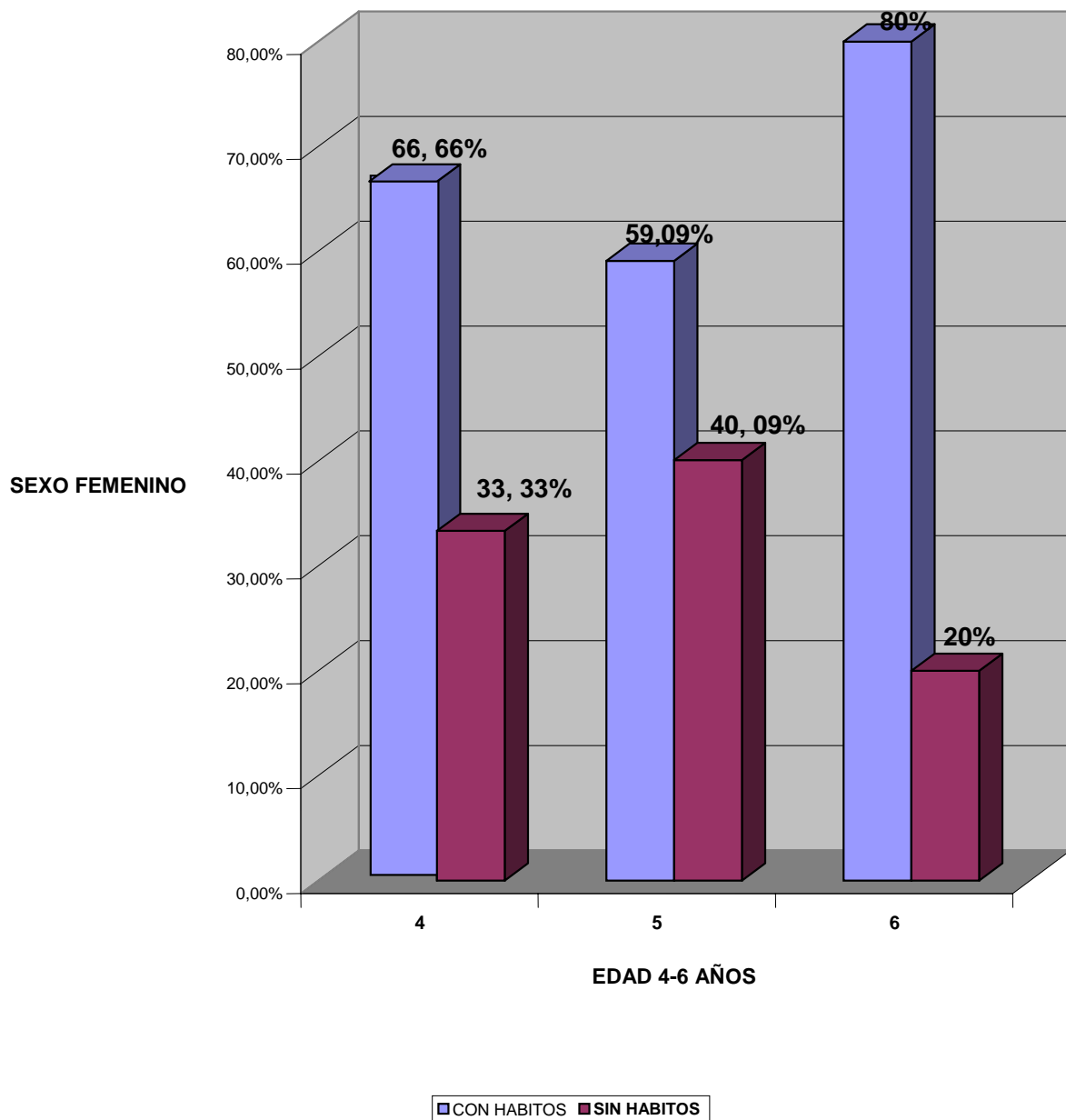
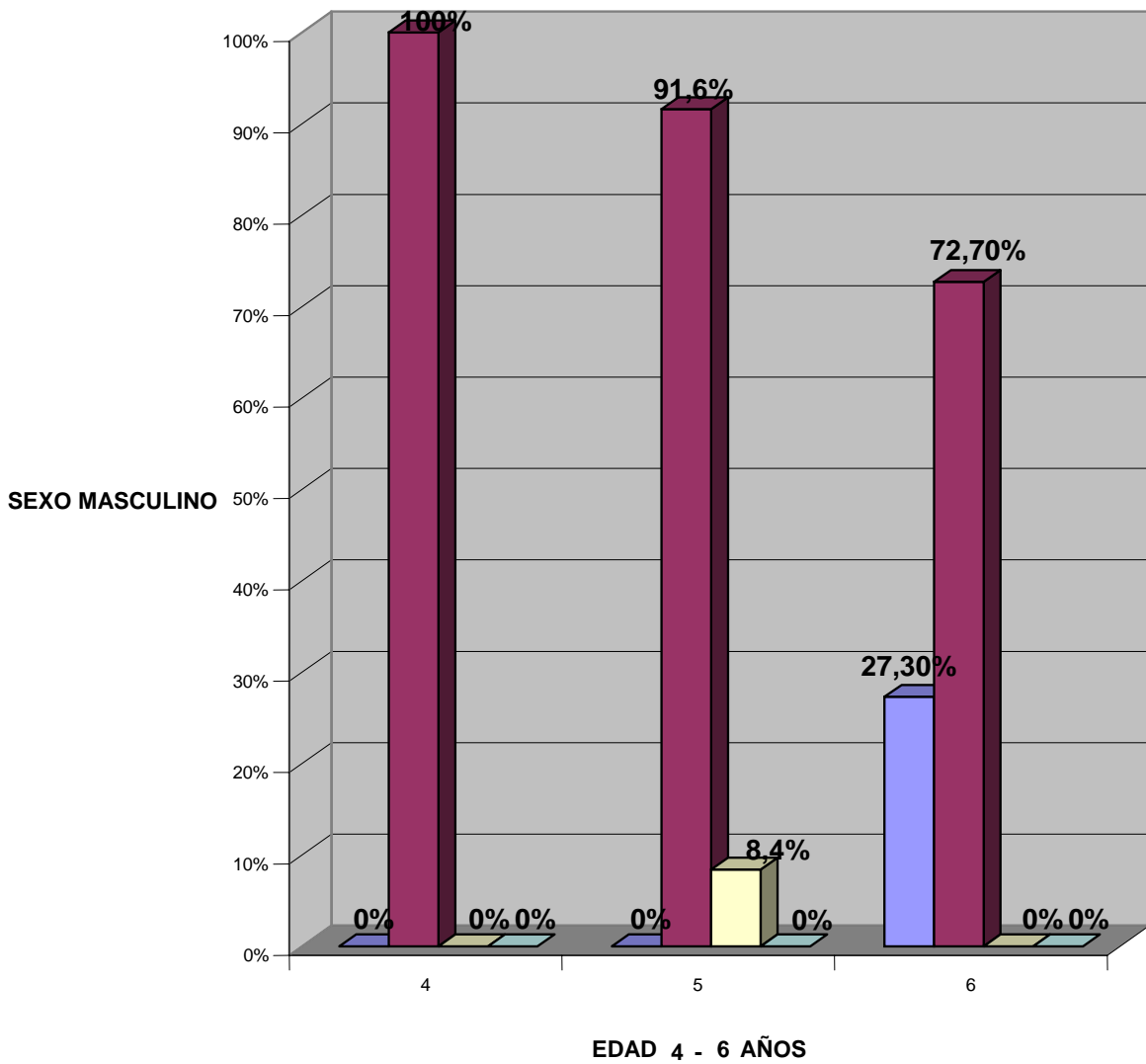


GRAFICO 4

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES DEFORMANTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4 – 6 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.



■ SUCCIÓN DIGITAL ■ LENGUA PROTRACTIL ■ RESPIRACIÓN BUCAL ■ ONICOFAGIA

GRAFICO 5

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES DEFORMANTES SEGÚN EDAD Y SEXO EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4 – 6 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.

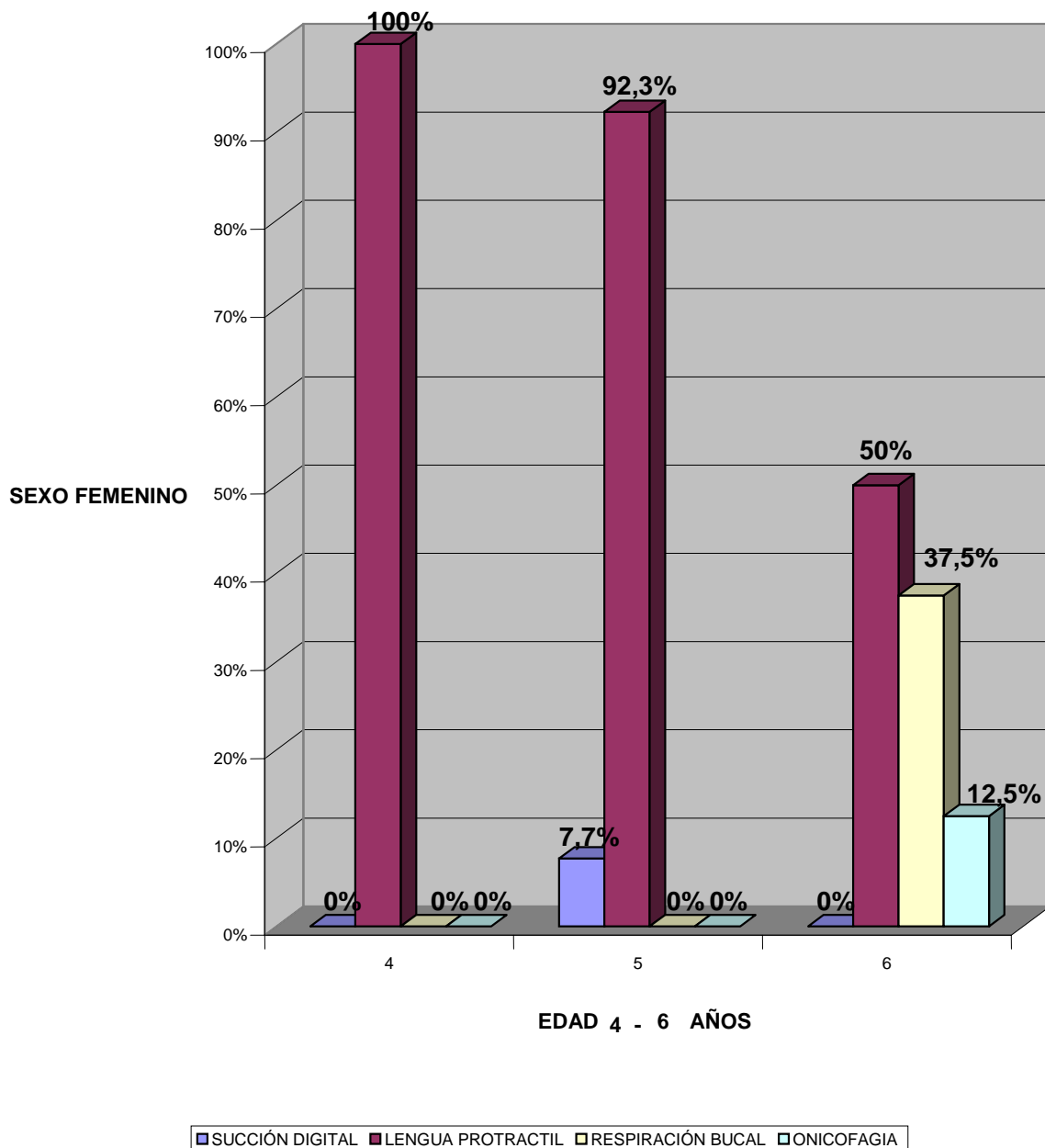


GRAFICO 6

PREVALENCIA DE MALA OCLUSIÓN SEGÚN EDAD EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4-6 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.

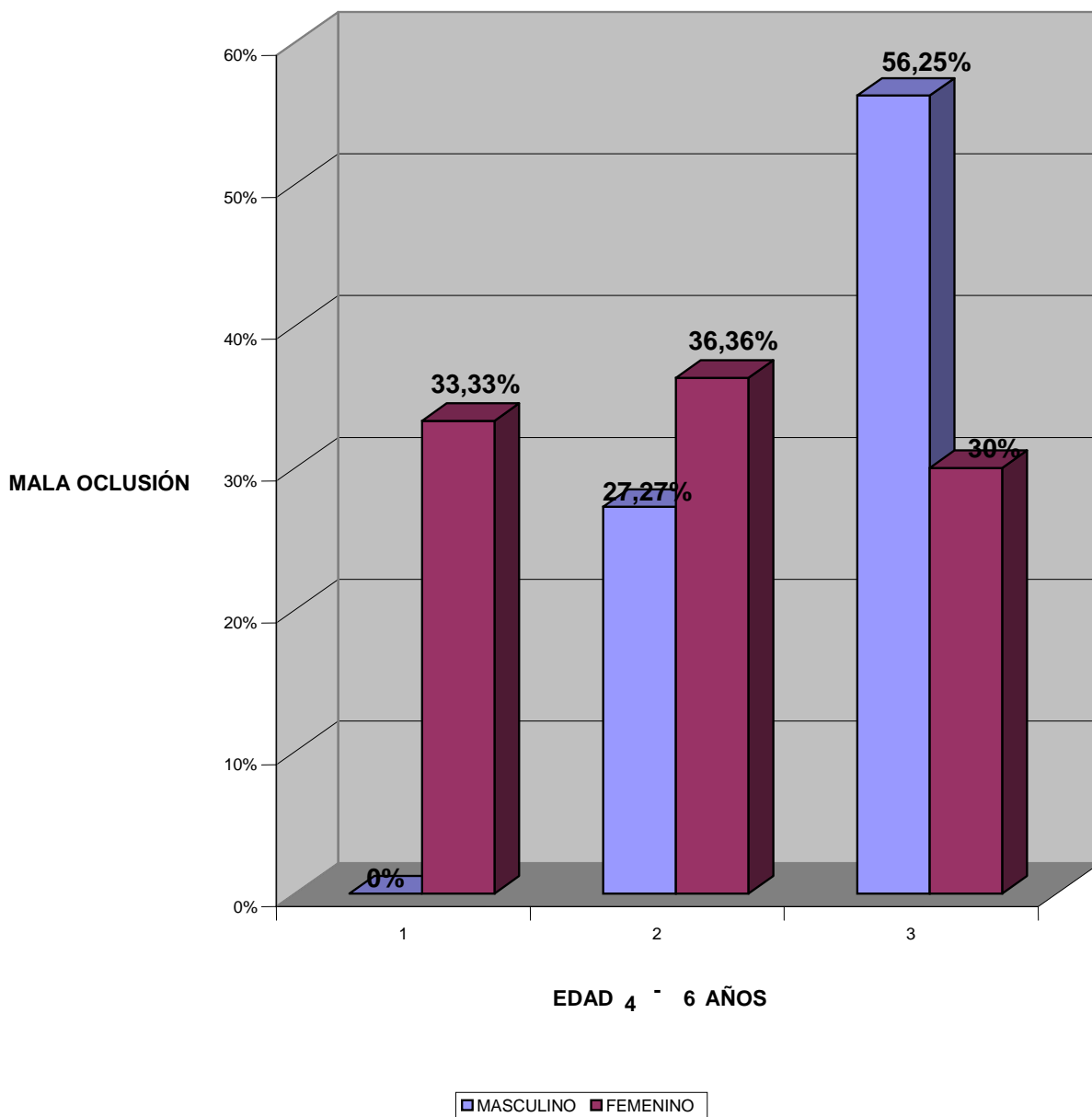
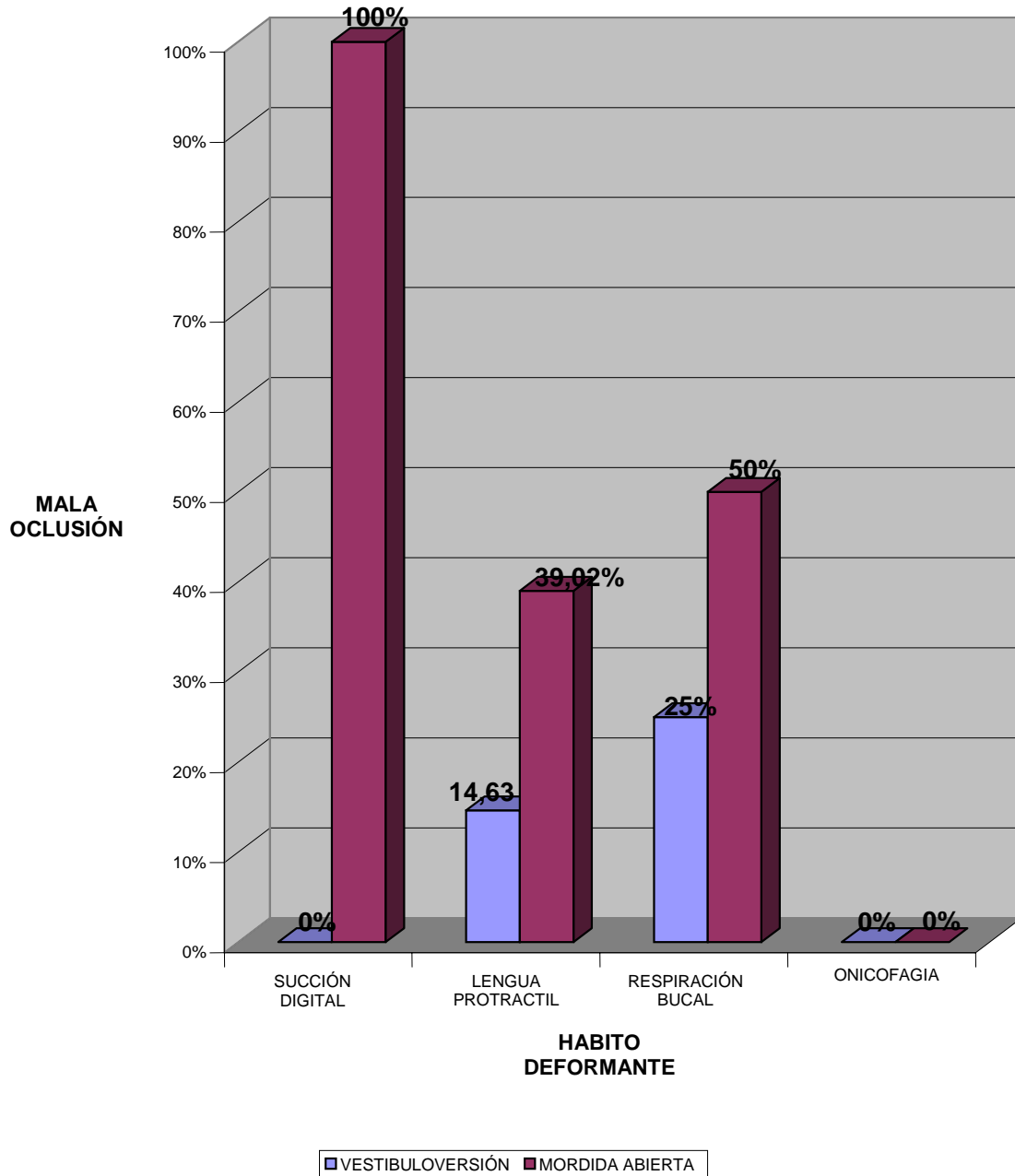


GRAFICO 7

FRECUENCIA DE MALA OCLUSIÓN SEGÚN EL HÁBITO BUCAL DEFORMANTE EN NIÑOS PREESCOLARES DE 4-6 EN EL MUNICIPIO DE MUELLE DE LOS BUEYES EN EL PERIODO DE MARZO-NOVIEMBRE 2007.



Universidad nacional autónoma de nicaragua.
UNAN – LEON
Ficha de recolección de datos.
Escuela Cristo Redentor del municipio de Muelle de los
Bueyes RAAS.

Caso numero._____.

NOMBRE._____.

EDAD._____.

SEXO._____.

Hábitos.

➤ Succión digital. Si._____. No_____.

➤ Lengua protráctil. Si._____. No_____.

➤ Respiración bucal. Si._____. No_____.

➤ Onicofagia. Si._____. No_____.

Presencia de hábitos. Si._____. No_____.

Alteraciones.

➤ Vestibuloverción. Si._____. No_____.

➤ Mordida abierta anterior. Si._____. No_____.

Presencia de alteraciones oclusales. Si._____. No_____.





