

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío



Monografía para optar al título de Licenciado en Cirujano Dentista

Tema de investigación: Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua en el período Septiembre-Octubre 2014.

Autores:

Br. Helen Yosuaara Rugama López.

Br. Delia Sarahi Montiel Rivera.

Tutor: Dr. Oscar López Meneses.

Asesor: Dra. Edelieth Zamora.

Managua, 27 enero 2015

¡A la libertad por la Universidad!

TEMA

“Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua en el período de Septiembre–Octubre 2014”

DEDICATORIA

A Dios primeramente por ser Él quien nos brindó sabiduría e inteligencia para redactar cada palabra y frase que fue necesaria hacer, fue Él quien nos dio paciencia y fuerza para ser perseverantes y ser la guía de nuestros pasos en el diario vivir.

A nuestros padres porque gracias a ellos con su esfuerzo nos han brindado las herramientas económicas necesaria para hacer posible cada uno de nuestros sueños.

Finalmente a esas personas dispuestas a ayudarnos con sus conocimientos, demostrando disponibilidad, paciencia y tiempo que fueron como guía a lo largo de esta investigación.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios por ayudarnos a lo largo de estos cinco años en cada proyecto que nos propusimos; a nuestros padres por ayudarnos a ejecutar cada proyecto mediante un aporte tanto económico como psicológico y por tener esa confianza y fe en que llegaríamos hasta este momento. A nuestros maestros por brindarnos sus conocimientos y a forjar el carácter y actitud ante cada situación que se presenta; a nuestro tutor doctor Oscar López y asesora doctora Edieliet Zamora; a la licenciada Anielka Montoya por brindarnos apoyo moral y compartir con nosotras sus conocimientos en metodología todos los mencionados han dedicado de su tiempo para mayor comprensión de la investigación monográfica.

Sin omitir el agradecimiento hacia la directora licenciada Rosa Inés del Centro Pre-escolar y personal de la institución por permitirnos llevar a cabo dicha investigación monográfica y brindarnos atención de calidad, de igual modo a los niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar quienes fueron los personajes principales en la investigación y a los padres que nos permitieron el acceso a la revisión mediante su autorización e información brindada.

RESUMEN

Los hábitos se conocen como un acto o comportamiento repetido de manera inconsciente que se pueden clasificar en fisiológico o patológicos, provocando estos últimos interferencia en la función y crecimiento de la musculatura orofacial; en el estudio se pretende determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen.

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal en el cual se evaluaron clínicamente 56 niños entre los rangos de edad 3 y 4 años realizándose en el Centro Educativo con una previa autorización de los padres. Se llenó una ficha explorativa por niño, realizada por las investigadoras en cual se examinó labios, lengua, dientes, nariz, musculatura de la cara y dedos con el fin de identificar manifestaciones clínicas.

En el estudio se encontraron los siguientes resultados: La prevalencia de un hábito bucal parafuncional del Centro Arlen Siu fue del 50 % de la población estudiada, el hábito bucal parafuncional más frecuente en los niños fue la onicofagia, en los de 3 años fué la succión digital, en los niños de 4 años la onicofagia. Según el sexo en las niñas el hábito bucal parafuncional más frecuente fue la succión digital y en los niños la onicofagia, las características clínicas patológicas más frecuentes encontradas en los niños fueron para el hábito de la onicofagia mordeduras de uñas, en el de succión digital y deglución atípica paladar alto y ojival, en respiradores bucales cierre labial forzado.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V.	OBJETIVOS.....	6
VI.	MARCO TEORICO	7
1.	Hábito	7
2.	Clasificación.....	7
2.1	Según etiología de los hábitos:.....	7
2.2	Clasificación según el momento de practicarlos	7
3.	Hábitos parafuncionales	8
3.1	Succión digital.....	8
3.1.2	Etiología.....	9
3.1.3	Tipos de hábitos de succión	10
3.1.4	Consecuencias	11
3.1.5	Tratamiento de la succión digital.....	11
3.2	Respirador bucal.....	12
3.2.1	Diagnóstico de la respiración bucal	12
3.2.2	Causas.....	13
3.2.3	Factores que producen alteración en la mucosa respiratoria.....	13
3.2.4	Características de la insuficiencia respiratoria nasal.....	14
3.3	Onicofagia.....	16
3.3.1	Características de la Onicofagia	16
3.3.2	Causas que puedan llevar al hábito de onicofagia	17
3.3.3	Tratamiento	18
3.4	Succión labial.....	18
3.4.1	Efectos buco faciales de la interposición labial.....	19
3.4.2	Tratamiento	19
3.5	Deglución atípica.....	20
3.5.1	Concepto	20
3.5.2	Fases de la deglución normal	20
3.5.3	Diagnóstico	20
3.5.4	Factores de riesgo	22
3.5.5	Prevención.....	23

3.5.6 Deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial)	23
3.5.7 Deglución con presión atípica de la lengua.....	24
3.5.8 Tratamiento	25
3.5.9 Ejercicios	26
3.5.10 Instrucciones de uso	26
VII. DISEÑO METODOLOGICO	29
1. Tipo de estudio	29
2. Universo.....	29
4. Tipo de muestreo	29
5. Escenario de estudio.....	29
6. Criterios de inclusión:	30
7. Criterios de exclusión:.....	30
8. Variables dependientes.....	31
9. Variables independientes.....	31
10. Operacionalización de variables	31
11. Recolección de información	35
12. Procesamiento de la información.....	36
VIII. RESULTADOS.....	37
IX. DISCUSIÓN.....	43
X. CONCLUSIONES	46
XI. RECOMENDACIONES.....	47
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	48
XIV. ANEXOS	51

I. INTRODUCCION

Un hábito es un comportamiento o acto repetido de manera inconsciente e involuntaria, al referirse a este término es evidente encontrar que existen una clasificación se les puede nombrar como fisiológicos o normales y patológicos o parafuncionales.

Los hábitos fisiológicos o normales engloban a todo comportamiento en el que la persona tiene el control al realizarlos y puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, estos pueden ser: respiración nasal, la masticación, fono articulación y la deglución.

Los hábitos bucales no fisiológicos pueden ser succión digital, proyección lingual, respirador bucal, onicofagia, queilofagia entre otros, que son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.

La práctica de estos (hábitos bucales parafuncionales), se puede atribuir a varios factores entre ellos: la falta de atención por parte de los padres, vivir en un ambiente violento, falta de madurez emocional. Estos hábitos pueden afectar los dientes al modificar su posición y la relación que hay entre ellos ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial (Feros & Cols., 2010).

II. ANTECEDENTES

En relación a la prevalencia de los hábitos bucales parafuncionales encontramos los siguientes estudios:

Internacionales

“Frecuencia de malos hábitos orales y asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 – 6 años del área oriente de Santiago en Noviembre de 1999(Aburto, 1999)”Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, evaluando 1,110 niños entre las edades de 6 a 10 años en el cual se realizó examen intraoral y extraoral buscando manifestaciones clínicas, obteniendo como resultado que el 66% presento al menos un mal hábito. El 62% correspondió al hábito de succión; 23% respirador bucal, 15% interposición lingual.

En la provincia de la Habana se realizó un estudio bajo el tema “Hábitos bucales deformantes y planos poslácteos en niños de 3 – 4 años por (Dr. Alemán S, 2007).”Se evaluaron 300 niños atendidos en ocho consultorios de la familia, para determinar la presencia de hábitos bucales deformantes y su influencia de estos en el plano poslácteo; luego del examen bucal se observaron los siguientes resultados el 25.5% tenían el hábito de succión digital; 22.5% interposición lingual en reposo; 39.5% interposición lingual en deglución y 39% respiración bucal.

“Prevalencia de anomalías dentomaxilares y malos hábitos orales en Pre-escolares de zonas rurales de la población beneficiaria del Servicio de Salud Viña del Marquillota (Espinoza R, 2011). Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal en el cual se confeccionó una ficha clínica valorando 198 niños de ambos sexos, de edad de tres a cuatro años; obteniendo como resultado, succión 79.3% seguido de respiración mixta con 58.1%, interposición lingual 56.6%, onicofagia 57.1%.

En un estudio realizado en Nezahualcóyotl, titulado “Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar (3-5 años) en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009” (Murrieta P, 2011) Se evaluaron 211 preescolares, los cuales presentaron hábitos bucales parafuncionales. Se revisaron en dos etapas: 1) realización de un cuestionario al padre de familia y 2) revisión clínica del niño. Entre sus resultados se encontró que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal

parafuncional. La onicofagia fue el hábito de mayor prevalencia con un 35%. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron asociados.

En tres colegios de País Vasco España se llevó a cabo el estudio “Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en dentición temporal (Varas, 2012). Este estudio se realizó en niños de 2 a 4 años en el cual se seleccionaron 225 pacientes, obteniendo datos a través de cuestionario a padres o tutores de cada niño, dando como resultado succión digital 7.1%, succión de chupete 8.0%, interposición labial 12.4%, morder objetos 16.0%, morder uña 33.8%, deglución atípica 8.6% uno o varios hábitos 1.3%.

En tres comunidades indígenas como Panares, en Maniapare, Edo Bolívar se realizó un estudio bajo el tema “Prevalencia de hábitos bucales como factor etiológico de mal oclusiones niños, niñas y adolescentes;(Villa Roel Irina, 2013).” En este estudio se atendió un total de 85 pacientes en tres comunidades distintas encontrando los hábitos parafuncionales más frecuentes: hábito de succión labial con un 100%, deglución atípicas 79.23% en edad de 3 – 4 años, respirador bucal 69.23% e interposición lingual en un 57.69%

III. JUSTIFICACION

Los hábitos parafuncionales son los que resultan de las alteraciones de la función normal por lo que se adquiere de la práctica repetida de un acto que no es fisiológico ni necesario, pudiendo ocasionar secuelas en la cavidad oral tales como: mal oclusiones, desarmonía en la relación de los dientes, afectación en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, alteración en la fonación y deglución entre otros, un hábito es fisiológico si se presenta antes de los 3 años sin alteración pero si persiste se convierte en patológico y puede llegar a ocasionar secuelas permanentes.

Por este motivo el estudio pretende determinar la presencia de hábito bucal parafuncional en la población de 3 y 4 años del Pre-escolar Arlen Siú y conocer cómo influye en el desarrollo de su sistema estomatognático, del mismo modo con el estudio se desea dejar precedentes para futuras investigaciones ya que en Nicaragua no existen estudios registrados que aborden los hábitos bucales parafuncionales en población infantil.

Se procura beneficiar al niño identificando de manera temprana estas conductas perjudiciales, permitiendo que los padres hagan un acercamiento con el odontólogo y demás especialistas para tomar medidas preventivas y terapéuticas necesarias para tratar el hábito.

Cabe señalar, que estos pequeños son hijos de padres trabajadores que se ven obligados a incorporarlos a este sistema educativo, donde permanecen por un periodo de 9 horas diarias aproximadamente; donde comparten socialmente con sus maestras y compañeros por lo que se tienen que acondicionar a un ambiente donde sufren temores, ansiedad, alegría, entre otros sentimientos que pueden influir en el componente psicoemocional del niño provocando el desarrollo de un hábito.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pretende plantear el número de casos de hábitos bucales parafuncionales presentes en un momento determinado; ya que es muy importante hacer un reconocimiento temprano de estas conductas para determinar el tipo de tratamiento necesario según el tipo de hábito que se presente.

Esta investigación monográfica plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en los niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN- Managua, en el período Septiembre- Octubre 2014?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua del período Septiembre-Octubre 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar el hábito bucal parafuncional más frecuente en los niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu.
2. Determinar los hábitos bucales parafuncionales más frecuentes según edad y sexo.
3. Conocer las características clínicas más frecuentes derivadas de cada hábito bucal parafuncional en los niños sometidos al estudio.

VI. MARCO TEORICO

1. Hábito

Hábitos se define como una costumbre que nos producirá una acción en la cavidad oral durante el periodo infantil (respiración, succión, deglución, masticación y fonación) estimulan el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Todo lo que se altere esta función puede deformar el hueso alveolar y alterar en consecuencia la posición de los dientes y a largo plazo las bases Oseas (Ustrell i Torrent, 2011).

2. Clasificación

2.1 Según etiología de los hábitos:

1. Instintivos: es cuando nace del instinto. Ejemplo: habito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
2. Placenteros: es algo confortable o que da placer. Ejemplo: Succión digital o del chupón.
3. Defensivos: En forma de defensa o de protección de la persona. Ejemplo: en pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. En donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
4. Hereditarios: Es cuando es transmitido por herencia como malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
5. Adquiridos: cuando se adquiere por ciertas circunstancias. Ejemplo: la fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.
6. Imitativos: Es repetir o copiar algo. Ejemplo: Gestos, muecas, etc.(Gonzalez M. y., 2012)

2.2 Clasificación según el momento de practicarlos

Diurna: Son las que realiza el paciente durante el día pero en forma subconsciente y que pueden considerarse hábitos, como apretamiento dentario diurno, morder lápices, lengua, carrillos, hábitos posturales y actividades relacionadas con el trabajo(Barrancos Money & J. Barrancos, 2006).

Nocturna: Son las que se dan durante sueño en forma inconsciente (Barrancos Money & J. Barrancos, 2006).

3. Hábitos parafuncionales

Relación lesiva o no en dependencia de la tolerancia del individuo, que se caracteriza por una serie de movimientos paralelos a la función normal sin un objeto funcional, por lo que se hallan alterados y pervertidos y constituyen una fuente productora de fuerzas traumáticas que se caracterizan por una dirección anormal, intensidad excesiva y por ser frecuentes y duraderas.

Los entre lo más frecuentes están:

- Succión digital.
- Respiración bucal.
- Onicofagia.
- Deglución atípica.
- Succión labial (Castillo, Eliety, & cols, 2001).

3.1 Succión digital

En el recién nacido se manifiesta como reflejo de supervivencia que suele mantenerse más allá de la tetina o la alimentación del pecho, prolongándose por razones de costumbre o aprendizaje. Aunque muchos niños abandonan este hábito alrededor de los tres años, otros buscan la succión del dedo especialmente el pulgar como método de satisfacerse, vencer el aburrimiento o buscar sueño. La presencia del hábito más allá de los tres o cuatro años hace que las fuerzas de presión sobre incisivos alteren su posición, dependiendo de la frecuencia y de la intensidad del hábito (Borras & Clari, Agosto 2011).

Según pinkham 1999 los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito (si realiza succión fuerte o no, qué músculos están involucrados), si es en el día o en la noche, del número de dedos implicados, de la posición en que se introduzcan en la boca y de las características relacionadas con el crecimiento facial.

La duración y la frecuencia desempeñan un papel crítico en el movimiento dentario causado por el hábito del dedo. De cuatro a seis horas de presión al día es probablemente lo mínimo necesario para causar movimiento dentario. Un niño que sigue succionando hasta

después de los 4 años tendrá más posibilidades de desarrollar maloclusiones (Bordoni, Escobar, & Castillo Mercado, Junio 2010).

3.1.2 Etiología

Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares.

El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.

Durante este siglo (XXI) surgieron muchos argumentos a favor y en contra de las teorías que proponen que un hábito prolongado de succión del pulgar es debido a alteraciones emocionales.

El niño succiona sus dedos, para compensar una insuficiente gratificación emocional o debido a las dificultades psicológicas originadas en su entorno ambiental, y que frecuentemente es un síntoma de un trastorno psicológico más serio, duradero y frecuente (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

La succión podría explicarse en 3 etapas:

a. Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico)

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

b. Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

- De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

- Definir programas de corrección(Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

c. Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

- a. Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple mal oclusión.
- b. Requiere tratamientos ortodóntico y psicológico. (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012)

3.1.3 Tipos de hábitos de succión

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado(Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

3.1.4 Consecuencias

Efecto dental

- En el sector anterior de la arcada hay bloqueo de la erupción de los incisivos inferiores y superiores con la consiguiente aparición de una mordida abierta anterior y un resalte moderado.
- Incisivos superiores en labioversión.
- Aumento de sobremordida horizontal; se ha encontrado aumento de overjet en niños que succionan el dedo.
- Protrusión (inclinación dental hacia adelante) de incisivos superiores con o sin presencia de espacios entre dientes (diastemas). Retroinclinación de los incisivos inferiores que es incisivos inclinados hacia atrás.
- Al mantener la boca abierta por la presencia del pulgar, en el sector lateral de la arcada se produce un espacio libre y una ausencia de contacto oclusal con lo que los molares se extruyen. Además aparece relación molar clase II de Angle (García, 2012).

Efecto ortopédico

- Aparece protrusión de la zona maxilar (arcada superior en forma de V), otro es la estimulación del crecimiento sutural de los maxilares y favorecimiento de la postero-rotación mandibular.
- Remodelado dentoalveolar. En el sector incisivo aparecen aposición y reabsorción ósea y en la zona molar hay aposición (extrusión molar) .
- Problemas de articulación.
- Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla
- Cierre labial no existe.
- Labio superior corto y flácido (García, 2012).

3.1.5 Tratamiento de la succión digital

1. Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
2. Aparatología removible o fija (rejilla lingual)
3. Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral (Gonzalez, Guida, Herrera, & Quiros, 2012).

3.2 Respirador bucal

El síndrome del respirador bucal se produce cuando el paciente, por muchas y distintas motivaciones, sustituye el patrón correcto de respiración nasal por un patrón de suplencia bucal o mixta.

Al nacer, el niño respira por la nariz y si no hay interferencia el hábito de biberón seguirá haciéndolo durante toda su vida. Cuando succiona el pecho de la madre se refuerza el mantenimiento del patrón respiratorio correcto. Al mismo tiempo que asume la postura correcta de la lengua en la deglución, es decir manteniendo sobre la papila incisiva, respirando por la nariz, el niño establece el crecimiento y desarrollo armonioso de las estructuras implicadas en la respiración.

Cuando lo hace a través del biberón, el modo en que succiona es completamente distinto, no ocurre cierre labial perfecto, no se establece la respiración y la postura de la lengua es completamente distinta a la correcta.

De esta forma el pezón de la madre constituye el primer aparato ortopédico y el amamantamiento materno la primera mioterapia orofacial (Sih, Sakano, Hayashi Endo, & Morello, 1999).

3.2.1 Diagnóstico de la respiración bucal

Algunas pruebas se usan para medir el flujo de aire nasal o bucal, el grado de obstrucción nasal o la posible presencia de respiración bucal son las siguientes:

- Preguntar al paciente o a sus padres si estos respiran por la nariz o por la boca.
- Observación clínica: el tipo de respiración de algunos pacientes ha sido clasificada por medio de observación de labios incompetentes, dimensiones faciales angostas, condensación del espejo.
- Determinación indirecta por la medición del tamaño del adenoides en una radiografía cefalométrica mediante el análisis de la vía aérea McNamara (Bordoni, Escobar, & Castillo Mercado, Junio 2010).

3.2.2 Causas

Primarias

- Fisiológicas: ciclo nasal.
- No fisiológicas:
 - a. Alérgica: estacional o perenne.
 - b. No alérgica.
 - c. Infecciosa: aguda, crónica, viral, fúngica o parasitaria.
 - d. No infecciosa.
 - e. Mecánica: deformidad septal, hipertrofia de los cornetes, cuerpos extraños, atresia coanal.
 - f. Hiperreactiva (rinitis vasomotora): hormonal, inducida por drogas, irritantes químicos, emocional.
 - g. Inflamatoria: pólipos, sarcoide, granulomatosis de Wegener (Bordoni, Escobar, & Castillo Mercado, Junio 2010).

Secundarias.

- Espacio posnasal-adenoides.
- Orofaringe:
 - a. Amígdalas.
 - b. Paladar blando.
 - c. Base de la lengua.
 - d. Tracto respiratorio bajo.
 - e. Asma.
 - f. Enfermedad obstructiva crónica de la vía aérea (Bordoni, Escobar, & Castillo Mercado, Junio 2010).

3.2.3 Factores que producen alteración en la mucosa respiratoria

- a) Factores Físicos: cambios repentinos de temperatura que permiten.
- b) El descenso de la temperatura de la mucosa nasal, disminuyendo movimientos ciliares. Cuando la humedad del aire es baja, la evaporación de superficie verificada en la mucosa es mayor para que el aire se adapte a condiciones alveolares, volviéndose más espeso el moco y consecuentemente difícil de eliminar.

- c) Factores Químicos: sustancias utilizadas frecuentemente en inhaladores como mentol, fenol y otras, proporcionan una corta sensación de alivio, pero destruyen los cilios y como otras sustancias vasoconstrictoras, interfieren en el mecanismo valvular de los cornetes, conduciendo a rinitis medicamentosa.
- d) Factores Biológicos: los virus y bacterias están frecuentemente asociados a las patologías respiratorias, pero además de la virulencia del microorganismo, son factores determinantes de rinitis las condiciones del huésped y las condiciones desfavorables del medio ambiente (Sih, Sakano, Hayashi Endo, & Morello, 1999).

3.2.4 Características de la insuficiencia respiratoria nasal

Alteraciones en la cara

Son pacientes de cara alargada, caracterizando la denominada "facies adenoidea". Los labios no son capaces de efectuar el cierre labial adecuado. El labio inferior es hipotónico, pesados, revertidos y a veces interpuesto entre dientes, el labio superior es hipertónico, retraído y corto.

Con una curvatura para abajo y la expresión corporal envía mensaje de constante mal humor, la cara presenta una mímica desagradable y existe dolor constante en la columna cervical.

Los labios se encuentran secos, generalmente con fisuras debidas a deshidratación que es provocada por el paso constante de aire.

En la nariz es muy frecuente el desvío del septo nasal, la hipertrofia de la mucosa nasal, alteraciones estructurales de los cornetes y, por falta de su uso, cisternas nasales en vez de fosas nasales.

Asimetría facial visible originada por alteración del tono del buccinador y masetero y también visible en las mordidas cruzadas debido a la masticación unilateral, del lado trabajo (Sih, Sakano, Hayashi Endo, & Morello, 1999).

Alteraciones de la boca por insuficiencia nasal

Las alteraciones de la boca hacen que la lengua se coloque nasal, es decir, manteniendo la punta baja y el dorso elevado.

Se presenta hipotonía, no pudiendo permanecer en la paila y provocando que la lengua deje de realizar sus funciones correctamente. Cuando la lengua se coloca en posición anterior, puede decirse que estamos delante de la denominada mordida abierta que afecta el habla y la deglución. Si para permitir el paso del bolo alimenticio en la deglución, lengua se mueve hacia adelante tocando paladar duro, se verifica la protrusión; si por el contrario la lengua se expansiona, presionando las arcadas en la región de molares, la mandíbula se hunde en el maxilar y surge la sobremordida y si permanece baja estimula el crecimiento de la rama ascendente denominándose prognatismo.

En resumen a nivel dental se observara una clase II molar y canina, un resalte extremo.

La deglución atípica es frecuente acompañada de ruidos cuando se digieren líquidos pudiendo desarrollar también movimientos de compensación de la cabeza durante la deglución. Cuando habla el afectado por deglución atípica, manifiesta una fuga lateral o anterior de la lengua, también deja escapar constantemente gran cantidad de saliva cuando habla, su voz es ronca o nasal.

En la boca se puede observar hipertrofia de las encías y halitosis; hay estrechamiento de las arcadas debido a alteraciones de la función de contención interna, afectando la lengua y el hioides, y externa como es la afectación muscular de los buccinadores y orbicular de la boca. El paladar tiene forma ojival debido a la falta de espacio para la lengua y los dientes, se desarrollan alteraciones oclusivas y recidivas que ocurren en las funciones del aparato estomatognático no son adecuadas (Sih, Sakano, Hayashi Endo, & Morello, 1999).

3.3 Onicofagia

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

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

Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizada, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, malposición dentaria; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona (Urrieta, 2008).

3.3.1 Características de la Onicofagia

Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen mal oclusiones localizada, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, mal posición dentaria; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona.

La reiteración de la onicofagia en el tiempo provoca lesiones varias, como la inflamación y elevación de los bordes laterales o incluso formaciones verrugosas secundarias a la hiperplasia cuticular. Los hábitos de morderse las uñas más agresivos pueden provocar hemorragias subungueales y pérdida de tiras ungueales, que pueden dejar espolones ungueales residuales o conllevar la pérdida de toda la uña.

Las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y pasar al árbol bronquial favoreciendo sobre infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar.

Pero lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y acaben mezclándose con las heces al final del trayecto dada la imposibilidad de digerir el resto ungueal (Ferro & cols, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010).

- **A nivel oral:** El morderse constantemente las uñas, ocasiona desgaste y micro fracturas prematuras de los incisivos centrales superiores, dientes con importante repercusión estética. De igual manera, los traumatismos que el hábito ocasiona en las mucosas labiales hacen que la recurrencia de enfermedades tales como: herpes, labios cortados, aftas, entre otras, sea más frecuente en estos pacientes.

Asimismo, la estética de las manos se ve disminuida y afectada por la presencia de uñas escasas e irregulares.

Pueden producirse infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y mal posición, están presentes (Ferro & cols, revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, 2010).

- **A nivel de las uñas:** La onicofagia en las formas agudas puede dañar estructuras anatómicas de la uña tales como: el lecho ungueal y la matriz. También pueden ocasionar la aparición de verrugas periungueales (Ferro & cols, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010).

3.3.2 Causas que puedan llevar al hábito de onicofagia

Causas Psicológicas: Generalmente, este hábito es producido por elementos psicológicos y sentimientos que superan al individuo que presenta onicofagia.

Este hábito generalmente es impulsado por razones psicológicas, resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre muchos otros (Ferro & cols, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010).

- **Causas Psicosomáticas:** Estos sentimientos anteriormente citados, surgen porque la persona está sometida a presión, estuvo expuesta a experiencias traumáticas o bien puede presentar algún complejo (Ferro & cols, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010).

3.3.3 Tratamiento

- **Psicológico:** Es muy común observar en consultas de psicólogos y psiquiatras, pacientes con el hábito de la onicofagia que sienten rechazo por lo antiestético de sus manos. Dicho sentimiento los impulsa a abandonar el vicio sin lograrlo, acudiendo a todo tipo de terapias: unturas amargas, ansiolíticos (Ferro & cols, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2010).

- **Odontológico:** Diseñar una férula termo plastificada de 0.8 mm de grosor, en el maxilar superior que vaya desde mesial de primer premolar a distal de primer molar, con el objetivo de provocar una mordida abierta y así evitar totalmente el but a but con lo que se impide la acción de morder uñas (Ferro & cols, revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, 2010).



3.4 Succión labial

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, en el momento de deglutir, o también en reposo a modo de chupete, entre los incisivos inferiores y superiores. Suele ir acompañado de maloclusiones, con gran resalte de los incisivos superiores y retro inclinación de los inferiores. Los niños que succionan apoyan el labio inferior durante el acto deglutorio y, además, en algunos casos se auto estimula con la succión permanente del labio inferior, con el consiguiente desequilibrio orofacial. A veces

lo hacen como sustitución de la succión digital. También dan como resultado una mordida abierta anterior (Borras & Vicent, 2011).

3.4.1 Efectos buco faciales de la interposición labial

1. Protrusión dentoalveolar superior.
2. Retroinclinación de incisivos inferiores.
3. Labio superior hipotónico.
4. Labio inferior hipertónico.
5. Incompetencia labial.
6. Hipertrofia del musculo mentoniano.
7. La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
8. Mordida profunda.
9. Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
10. Retrognatismo mandibular (González & cols, 2012).

3.4.2 Tratamiento

1. Desde el punto de vista miofuncional, parece que las herramientas para mitigar estos desordenes son: intentar desarrollar la propioceptividad, los auto registros, el masaje y relajación sobre la zona implicada, y sobre todo, el aprendizaje de una deglución normalizada sin contracciones ni succiones, unido todo ello a la supresión de hábitos mediante el refuerzo (Borras & Vicent, 2011).

2. A nivel ortodóntico, sin excluir por ello la intervención miofuncional y visceversa, se proponen soluciones con aparatología, por ejemplo el uso de una pantalla vestibular, que es una lámina de resina acrílica colocada por detrás de los labios desde la parte superior hasta la parte inferior, conocido también como pantalla oral y que puede usarse, además, para

potenciar el sellado anterior. Asimismo, existe el arco labial o para labios (bumper), que es un aparato fijo que también consigue evitar la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores y además alivia la presión del músculo buccinador y el labio inferior sobre la dentición. Se suele colocar en los tubos que hay en las bandas en los primeros molares (Borras & Vicent, 2011).

3. Lo ideal, muchas veces, es combinar esfuerzos. Cuando los niños controlan el hábito, podemos prescindir de la aparatología. Si de momento deben llegar algún aparato, los ejercicios miofuncionales les ayudaran a prepararse para la supresión de dicho aparato y prevendrá recidivas post ortodónticas (Borras & Vicent, 2011).

3.5 Deglución atípica

3.5.1 Concepto

Es importante antes de desarrollar la temática de deglución atípica cuales son las características o prácticas normales que incluyen la deglución para ello se comenzara abordando lo siguiente(Aragon, 2009).

3.5.2 Fases de la deglución normal

En la deglución normal podemos distinguir dos fases:

- Fase oral: voluntaria y controlable. La reeducación se centra en esta fase
- Fase faríngea: refleja e involuntaria(Aragon, 2009).

3.5.3 Diagnóstico

La deglución atípica suele detectarse en la etapa escolar y ante los primeros síntomas observados es importante acudir al logopeda con el fin de confirmar las sospechas de una posible deglución atípica, ya que es el profesional capacitado para realizar la valoración y rehabilitación de los diferentes tipos clínicos. No obstante, el diagnóstico de un posible trastorno deberá ser fruto del trabajo coordinado entre los diferentes profesionales implicados tales como un odonto-estomatólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo y logopeda.

Al realizar el examen de diagnóstico, el médico foniatra toma en cuenta: Entrevista con los padres, examen de pronunciación, examen de desarrollo intelectual y examen de

psicomotricidad, que incluye conducta respiratoria, discriminación de los sonidos, fonemas y palabras (Blanco & Quiroz, 2013).

Así mismo, existen ciertos aspectos relativos al desarrollo en los primeros meses de vida, de gran relevancia que el profesional debe conocer para hacer un diagnóstico acertado.

Estos son:

- Tipo de la alimentación recibida a partir del nacimiento.
- Momento de inicio y finalización de cada una de ellas.
- Presencia de hábitos de succión: características, momento de aparición y finalización de los mismos.
- Alimentación actual: alimentos de preferencia del niño, forma de presentación de los mismos, ritmo y hábitos de alimentación, dificultades detectadas en la masticación, cantidad de líquido ingerido durante las comidas (Blanco & Quiroz, 2013).

Existen una serie de características que comparten todos aquellos niños que presentan una deglución atípica:

Características anatómico – funcionales:

- Falta de sellado labial.
- Labios hipotónicos
- Respiración oral.
- Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental.
- Mal oclusiones dentales y maxilares (Aragon, 2009).

Características deglutorias:

- Torpeza al realizar movimientos deglutorios de delante hacia atrás.
- Bolo alimenticio formado contra los incisivos.
- Masticación en la zona anterior de la boca y no con los molares.
- Maseteros laxos.

- Contracción labial durante la deglución.
- Los labios no sirven de muro de contracción por lo que suelen aparecer restos de alimentos y saliva en los labios.
- Movimientos acompañados de cabeza y cuello.
- Suele encontrarse paladar ojival estrecho que se ubica la posición de la lengua (Aragon, 2009).

Características en el habla:

- Dificultades articulares con los fonemas s, o, r.

3.5.4 Factores de riesgo

- El factor más prevalente se refiere al uso del biberón, considerado una de las causas de deglución atípica.
- Uso de alimentos triturados más allá de la edad adecuada. La alimentación blanda exige poca actividad de la musculatura perioral, situándose en la etapa de deglución infantil y potenciando en consecuencia la aparición de un aparato estomatognático más inmaduro.
- Hábitos orales nocivos: la persistencia de hábitos orales nocivos pueden afectar tanto el patrón de crecimiento normal como a las funciones del sistema estomatognático (Blanco & Quiroz, 2013).

Estos hábitos son:

- Utilización de chupetes o biberón hasta edades impropias (más allá de los 3 años).
- Succión digital.
- Succión labial, lingual y de mejillas
- Succión de objetos.
- Acción de morder-prensar.

- Queilofagia (morderse los labios).
- Onicofagia (morderse la uñas).
- Respiración bucal (Blanco & Quiroz, 2013).

3.5.5 Prevención

- Ofrecer lactancia materna exclusiva siempre que sea posible. La lactancia materna se considera como un factor de protección en relación con las maloclusiones y contribuye a la prevención de las caries dentales
- No permitir el uso de chupete ni la succión digital más allá de los 3 años de edad. Hasta esta edad, los efectos que puedan haberse producido son mínimos y se corrigen naturalmente.
- Enseñar al niño a respirar bien, y asegurarse de que no sufre obstrucciones nasales recurrentes.
- Ofrecer al niño la alimentación adecuada a su edad, con oportunidades para ejercitar la musculatura masticatoria.
- Acudir a los controles pediátricos estipulados para controlar el correcto desarrollo muscular, postural, etc.
- Realizar revisiones odontológicas periódicas.
- Acudir al profesional en cuanto se detecte la existencia de algún factor considerado de riesgo para el desarrollo de disfunciones orofaciales. Si se detecta y trata a tiempo, las consecuencias y los trastornos asociados son menores y la resolución más fácil y rápida.
- Revisiones periódicas para detectar las alteraciones en momentos iniciales, de manera que podamos intervenir precozmente y eliminarlas antes de que representen un problema importante (Blanco & Quiroz, 2013).

3.5.6 Deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial)

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto.

En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

Los incisivos inferiores de esta manera se inclina en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan.

Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores (Blanco & Quiroz, 2013).

3.5.7 Deglución con presión atípica de la lengua

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contactos. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y de músculos mentoniano. Los musculo elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción (Blanco & Quiroz, 2013).

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

- Tipo I: no causa deformación.
- Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:
 1. Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior (Blanco & Quiroz, 2013).

2. Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (Blanco & Quiroz, 2013).
3. Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uní o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo (Blanco & Quiroz, 2013).

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son.

- Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares (Blanco & Quiroz, 2013).
- Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado (Blanco & Quiroz, 2013).

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior(Blanco & Quiroz, 2013).

3.5.8 Tratamiento

Consiste en la terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje.

La Terapia miofuncional consiste en un método de reeducación de la deglución atípica. Entre los objetivos que persigue la terapia miofuncional se encuentran:

- Devolver el equilibrio muscular orofacial perdido reeducando patrones musculares inadecuados.
- Modificación del patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos.
- Instauración de hábitos correctos como: una postura, respiración y deglución correctas.
- Áreas a trabajar:
 1. Relajación
 2. Postura
 3. Respiración
 4. Musculatura
 5. Deglución (Blanco & Quiroz, 2013).

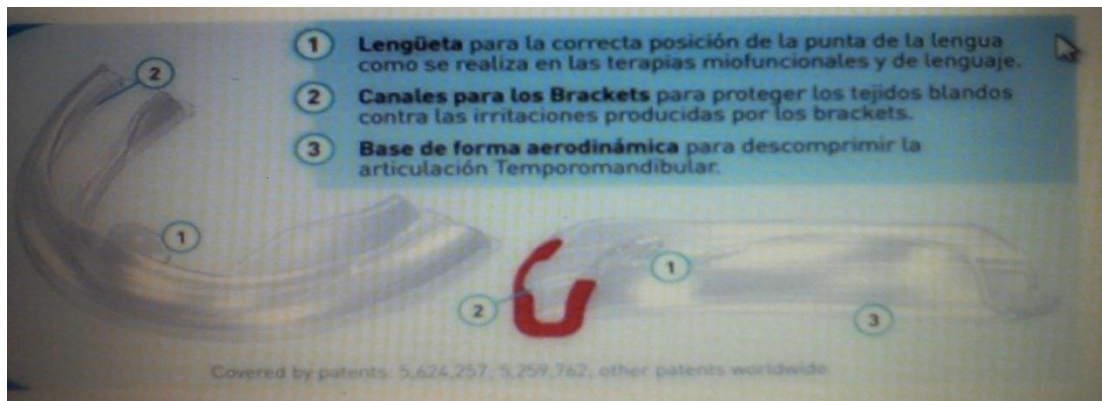
3.5.9 Ejercicios

1. Elástica en la punta de la lengua.
2. Uso de dos elásticas en el labio y otro en la punta de la lengua.
3. Utilización de aparatología fija o removible (Blanco & Quiroz, 2013).

3.5.10 Instrucciones de uso

Sistema Trainer:

La compañía Myofunctional Research Co. ha demostrado la importancia de la función correcta de la lengua. Todos los aparatos incluyen la filosofía que resalta la necesidad de entrenar activamente la lengua ante la presencia de cualquier mal oclusión. El papel activo de la lengüeta en el sistema TRAINER ha demostrado eficacia en proporcionar una buena expansión del arco dental (Blanco & Quiroz, 2013).



(Blanco & Quiroz, 2013)

Instrucciones De Uso

Muestre el INFANT TRAINER al niño y permítale sostenerlo en sus manos. Invítelo a ponérselo en la boca. Los niños de 2 a 5 años normalmente masticarán el sistema ya antes mencionado, permítale que lo asocien con un juego y motívelos para que se lo dejen dentro de la boca.

Úselo diariamente 2 veces al día de 10 a 20 minutos, esto es suficiente para que proporcione un efecto positivo en los músculos masticatorios del niño, durante la deglución y la respiración (Blanco & Quiroz, 2013).

El protocolo más aconsejable es utilizar el sistema de la siguiente manera:

- Primer día: 30 minutos en boca y descansar 30 minutos. Repetir 2 veces al día.
- Del segundo al cuarto día: 1 hora en boca y descansar 30 minutos. Repetir.
- A partir del quinto día: utilizarlo durante toda la noche con refuerzos diurnos de 1 a 2 horas diarias (Blanco & Quiroz, 2013).

El INFANT TRAINER tiene varias características claves para ayudar en el crecimiento y desarrollo de un niño.

- Los cojines de aire permiten un estímulo activo y suave para el crecimiento facial y de los maxilares.
- La lengüeta activamente entrena al niño a colocar su lengua correctamente y a deglutir bien.

- Cuando está en su lugar, el escudo lingual evita que se succione el dedo y también que empuje la lengua hacia delante, al mismo tiempo enseña al niño a respirar a través de la nariz (Blanco & Quiroz, 2013).

Pautas para padres:

- Es muy importante anticiparse a este tipo de problemas en una edad temprana, por lo que adquiere especial relevancia prestar atención a los hábitos de prevención descritos anteriormente.
- Concienciarse de la importancia de la postura y la respiración nasal.
- Evitar corregir actitudes como dejar la boca abierta o la lengua interpuesta.
- Reforzar la actitud positiva de responsabilizarse de seguir las pautas establecidas en el tratamiento.
- Procurar que el momento de realizar los ejercicios se convierta en algo lúdico y un momento en que padres e hijo puedan disfrutar de su compañía, evitando que le resulte algo tedioso (Blanco & Quiroz, 2013).

VII. DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo de corte transversal.

2. Universo

65 niños entre las edades 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua.

3. Muestra

56 niños entre las edades de 3 y 4 años en base a la formula $n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$

4. Tipo de muestreo

Probabilístico estratificado

3 años	4 años
28 participantes	28 participantes
14 niñas y 14 niños	14 niñas y 14 niños

5. Escenario de estudio



Foto tomada por Delia M (Centro Pre-escolar Arlen Siu UNAN-Managua septiembre 2014.)

El Centro Pre-escolar Arlen Siu UNAN-Managua ubicado dentro de las instalaciones de la UNAN-Managua, frente a la UNICIT. Fue fundado en 1992 se reciben niños desde la edad de 1 año hasta los 6; existen cinco grupos de niños que están divididos según la edad:

1. los infantes que van de 1-2 años, hay 4 personas encargadas de atenderlos
2. los maternos de 2-3 años, tres personas se encargan de cuidarlos.
3. I nivel de 3-4 años, cuidados por tres profesoras.
4. II nivel de 4-5 años, hay dos profesoras
5. III nivel de 5-6 años, son cuidados por dos profesoras.

Hay 24 trabajadores: La Directora y su secretaria, 14 personas entrenadas para atender a los niños, 3 cocineras, 3 en el área de limpieza, un mensajero, 1 jardinero, 1 persona el área de seguridad.

Los niños reciben el almuerzo y dos meriendas, una a las 10:00 am y otra a las 3:00pm.

Cuenta con 8 módulos: la dirección, 5 donde se recrean los niños según la división mencionada anteriormente, una cocina y una bodega y también cuenta con un parque de recreación.

6. Criterios de inclusión:

- Niños entre las edades de 3 y 4 años que estén matriculados en el Centro Pre-escolar Arlen Siu.
- Niños entre las edades de 3 y 4 años que permitan realizarle la revisión clínica.
- Autorización por parte de los padres o tutores en dejar participar al niño y ellos mismo.

7. Criterios de exclusión:

- Niños que no estuvieron presentes el día de la recolección de los datos.
- Niños fuera del rango de edad.
- Niños que no obtuvieron la autorización de sus padres para participar en el estudio.

8. Variables dependientes.

- Hábito bucales parafuncionales
- Características clínicas

9. Variables independientes.

- Edad
- Sexo

10. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	tipo	Indicador	Valor	escala
Prevalencia de Hábito bucal parafuncional	Número total de individuos que presentan algún hábito parafuncional.	Cuantitativa continua	Número de niños que practican algún hábito	0 – 100%	0-100%
Succión digital	hábito de chuparse un o varios dedos de la mano	Cualitativa dicotómica	Práctica de algún hábito	1 2	Si No
Deglución Atípica	la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias durante la deglución	Cualitativa dicotómica	Práctica de algún hábito	1 2	Si No
Onicofagia	Hábito de comerse las uñas	Cualitativa dicotómica	Práctica de algún hábito	1 2	Si No

Succión labial	Conducta patológica de chuparse el o los labios	Cualitativa dicotómica	Práctica de algún habito	1 2	Si No
-----------------------	---	------------------------	--------------------------	--------	----------

Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el último año cumplido	Cualitativa politémica ordinal	Número de años cumplidos	1 2	3 años 4 años
Sexo	condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa dicotómica	Género al que pertenece	1 2	Femenino Masculino
Callo en el(los) dedo(s)	Alteraciones de tejidos blandos	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Desgaste o mordedura de las uñas y cutículas	Perdida de una superficie.	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales.	1 2	Si No

Inflamación de cutículas	Enrojecimiento o hinchazón alrededor de la uña	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Infección de cutículas	Implantación de microorganismos alrededor de la uña	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Paladar alto y ojival	Alteración del paladar con arqueamiento en sus partes laterales	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Desgaste dental	Pérdida de sustancia dentaria por frotamiento.	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Fractura dental.	Pérdida de sustancia dentaria por lesión directa en el diente	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Vestibularización de incisivos superiores.	Inclinación dentaria hacia vestibular	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No

Xerostomía	Sensación de la sequedad de la boca, por mal funcionamiento de las glándulas salivales	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No.
Hipertonía del labio superior	Aumento del tamaño del labio	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Hipertonía del labio inferior	Aumento del tamaño del labio	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Hipotonía del labio inferior	Disminución del tamaño del labio	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Hipotonía del labio superior	Disminución del tamaño del labio	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Incisivos inferiores lingualizados.	Inclinación dentaria hacia lingual	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos parafuncionales	1 2	Si No
Sellado manual, la respiración se altera	La respiración no es normal al haber cierre labial	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Cierre labial forzado	Alteración en un cierre labial normal	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No
Cicatrices en la lengua	Señal de una herida curada en la lengua	Cualitativa dicotómica	Manifestación de hábitos bucales parafuncionales	1 2	Si No

11. Recolección de información

Se pidió autorización a la directora del Centro Preescolar a través de una carta para permitir hacer la investigación monográfica, también se le pidió asesoría a la secretaria y directora, para poder hacer la manipulación de expedientes y obtener una información más concreta al saber la distribución por edades, sexo y cantidades de niños.

Se elaboró una carta a los padres de familia o tutores para que dieran el consentimiento de que los niños participaran en el estudio la que se mandó con cada niño en su cuaderno de clases para quienes viajaban en recorrido y a los que los llegaban a traer se les entregó de manera personal.

Una vez obtenido el permiso se procedió a llenarles una ficha clínica la que contenía datos generales y datos de interés clínicos a revisar; los datos del niño como edad, sexo y la pregunta 1 y 2 se llenaron con cada padre de familia o tutor que accedió a que el niño participara en el estudio.

Los datos de interés clínico fueron llenados por las investigadoras a través de una revisión clínica exploratoria con guantes y mascarillas y se hizo de la siguiente manera:

- Se colocó una mesa y cuatro sillas (una para cada niño y una para cada investigadora) en las partes de afuera del aula de clases.
- Se fue llamando a los niños de dos en dos se les pidió que se sentaran en la silla, luego que abrieran la boca para revisar cada estructura anatómica de interés, esto solo fue con observación y luz natural.

- **A nivel extraoral se examinó:**

En los dedos de las manos de los niños del Centro Pre-escolar para comprobar la presencia o ausencia de callosidades

En los labios se observara: Si el cierre labial se realiza suavemente sin forzar el labio inferior.

En las uñas y cutículas de los dedos, verificar si presenta desgastes y mordedura, así como posible inflamación o infección.

- **A nivel intraoral se examinó:**

El paladar, su forma: Paladar alto u ojival.

En los dientes: Incisivos superiores: si presenta desgastes o fracturas, diastemas, si están protruidos.

Incisivos inferiores: si se encuentran lingualizados, si presentan desgastes o fracturas.

Materiales utilizados: guantes, mascarillas, sillas, mesas y lápices.

12. Procesamiento de la información

Cuando se tuvieron todo los datos de los niños revisados se montaron en un banco de datos en el programa SPSS versión 17, en donde se procesó toda la información para tablas de frecuencia, luego las tablas fueron modificadas en el programa Word 2010 y los gráficos para presentación en el mismo Word 2010 y Excel 2010.

VIII. RESULTADOS

La muestra inicial era de 56 niños pero durante la recolección de los datos 2 niños de 3 años se rehusaron a participar haciendo esto que la muestra quedara con 54 niños, obteniendo así 2 datos perdidos

Tabla 1. Prevalencia de hábito bucal parafuncional

Presencia de hábito parafuncional		
	Frecuencia	Porcentaje %
Si	27	50.0%
No	27	50.0%
Total	54	100%

Fuente: ficha clínica explorativa

Del total de niños evaluados se encontró que

El 50% de los niños practicó al menos un hábito bucal parafuncional y el otro 50% no practicó ningún hábito.

Tabla 2. Hábito bucal parafuncional de prevalencia

Frecuencia del tipo hábito parafuncional										
	Succión digital		Deglución atípica		Respirador bucal		Onicofagia		Succión labial	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	11	20%	3	6%	3	6%	12	22%	0	0%
No	43	80%	51	94%	51	94%	42	78%	54	100%
T.	54	100%	54	100%	54	100%	54	100%	54	100%

Fuente: ficha clínica explorativa

El hábito bucal parafuncional más frecuente fue la Onicofagia con un 22%, seguido de la succión digital con el 20% luego la deglución atípica y los respiradores bucales que se encontraron con la misma frecuencia un 6%

Tabla 3. Hábito bucal parafuncional según edad

Presencia de hábito parafuncional según edad												
	3 años				4 años				Total			
	Si		No		Si		No		Si		No	
Hábito parafuncional	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	8	31%	18	69%	3	11%	25	89%	11	20%	43	80%
Deglución atípica.	3	12%	23	88%	0	0%	28	100%	3	6%	51	94%
Respirador bucal.	1	4%	25	96%	2	7%	26	93%	3	6%	51	94%
Onicofagia	6	23%	20	77%	6	21%	22	79%	12	22%	42	78%
Succión labial	0	0%	26	100%	0	0%	28	100%	0	0%	54	100%

Fuente: ficha clínica explorativa

Hábito bucal parafuncional más frecuente según la edad fue:

Niños de 3 años: Succión digital con 31% y el menos frecuente fue respiradores bucales con 4%.

Niños de 4 años: primero la onicofagia con 21% de los niños y el menos frecuente fue respiradores bucales con 7%.

Hábito bucal parafuncional según sexo

Presencia de hábito parafuncional según el sexo												
	Femenino				Masculino				Total			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Succión digital	8	29%	20	71%	3	12%	23	88%	11	20%	43	80%
Deglución atípica.	3	12%	23	42%	0	0%	28	100%	3	6%	51	94%
Respirador bucal.	2	7%	26	93%	1	4%	25	96%	3	6%	51	94%
Onicofagia	7	25%	21	75%	5	19%	21	81%	12	22%	42	73%
Succión labial	0	0%	28	100%	0	0%	26	100%	0	0%	54	100%

Fuente: ficha clínica explorativa

Tabla 4: Hábito bucal parafuncional más frecuente según sexo fue:

En sexo femenino fue succión digital con 29%, respiradores bucales con 12% fue poco frecuente. En el sexo masculino fue la onicofagia con 19%, por último respiradores bucales presente con 4%.

Tabla 5. Característica clínicas derivadas de hábitos bucales parafuncionales.

Hábitos/ características clínicas	Frecuencia (F)		Porcentaje (%)	
	Si	No	Si	No
Succión digital				
Callosidad en los dedos	6	48	11%	89%
Protrusión de incisivos superiores	9	45	17%	83%
Labio superior hipertónico	3	51	6%	94%
Labio inferior hipotónico	3	51	6%	94%
Incisivos inferiores lingualizados	5	49	9%	91%
Paladar alto y ojival	11	43	20%	80%

Fuente: ficha clínica exploratoria

Las características clínicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales fueron:

Succión digital:

- Paladar alto y ojival 20%.
- Protrusión de incisivos superiores 17%.
- Callosidades en los dedos 11%.
- Incisivos inferiores lingualizados 9%.
- Labio superior hipertónico 6%.

Hábitos/ características clínicas	Frecuencia (F)		Porcentaje (%)	
	Si	No	Si	No
Respirador bucal				
Sellado manual, la respiración se altera.	6	48	11%	89%
Labio superior hipertónico	3	51	6%	94%
Labio inferior hipotónico	4	50	7%	83%
Cierre labial forzado	8	46	15%	85%
Xerostomía	1	53	2%	98%

Fuente: ficha clínica exploratoria

Las características clínicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales fueron:

Respirador bucal:

- Cierre labial forzado 15%.
- Presencia de ojeras 13%.
- Al sellado manual, la respiración se altera 11%.
- Labio inferior hipotónico 7%.
- Labio superior hipertónico y desvió del septum nasal 6%.
- Cara alargada 4%.
- Xerostomía 2%.

Hábitos/ características clínicas	Frecuencia (F)		Porcentaje (%)	
	Si	No	Si	No
Onicofagia				
Desgaste de uñas	12	42	22%	78%
Mordedura de uñas.	18	36	33%	67%
Inflamación de cutículas	7	47	13%	87%
Infección de cutículas	1	53	2%	98%
Incisivos superiores con desgaste	7	47	13%	87%
Fractura de incisivos superiores	6	48	11%	89%
Protrusión de incisivos superiores	9	45	17%	83%
Desgaste de incisivos inferiores	3	51	6%	94%
Fractura de incisivos inferiores	2	52	4%	96%
Incisivos inferiores lingualizados	5	49	9%	91%

Fuente: ficha clínica exploratoria

Las características clínicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales fueron:

Onicofagia:

- Mordedura de uñas 33%.
- Desgaste de uñas 22%.
- Protrusión de incisivos superiores 17%.
- Inflamación de cutículas y incisivos inferiores con desgaste 13%
- Fractura de incisivos superiores 11%.
- Incisivos inferiores lingualizados 9%.
- Desgaste de incisivos inferiores con 6%, fractura de incisivos inferiores con 4% e infección de cutículas con 1%.

Hábitos/ características clínicas	Frecuencia (F)		Porcentaje (%)	
	Si	No	Si	No
Succión labial				
Labio superior hipotónico	0	54	0%	100%
Labio inferior hipertónico	0	54	0%	100%
Labio superior hipertónico	0	54	0%	100%
Labio inferior hipotónico	0	54	0%	100%
Protrusión de incisivos superiores	0	54	0%	100%
Incisivos inferiores lingualizados	0	54	0%	100%

Fuente: ficha clínica exploratoria

- Ninguna de las características clínicas derivadas de succión labial se hizo presente.

Hábitos/ características clínicas	Frecuencia (F)		Porcentaje (%)	
	Si	No	Si	No
Deglución atípica				
Labio superior hipertónico	3	51	6%	94%
Labio inferior hipotónico	4	50	7%	83%
Cierre labial forzado	8	46	15%	85%
Marcas y cicatrices de la lengua	4	50	7%	94%
Paladar alto ojival	11	43	20%	80%
Aumento de salivación	1	53	2%	98%

Fuente: ficha clínica exploratoria

Las características clínicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales fueron:

Deglución atípica:

- Paladar alto ojival 20%.
- Cierre labial forzado 15%.
- Labio inferior hipotónico y marcas y cicatrices en la lengua 7%.
- Labio superior hipertónico con 6% y aumento de salivación con 2%.

IX. DISCUSIÓN

El Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu atiende a niños desde edades muy tempranas (1-6 años) lo que permitió la realización del estudio a niños y niñas de las edades de 3 y 4 años.

Se evaluaron cinco hábitos bucales parafuncionales, donde se reflejó que:

En la población estudiada el 50% presentó un hábito bucal parafuncional el cual no corresponde con los estudios realizados tanto en México y Santiago- Chile, porque en estos se registró que más de la mitad presentó un hábito bucal parafuncional; la variabilidad en la presencia de un hábito se debe a varios factores entre ellos la falta de madurez emocional, vivir un ambiente violento o falta de atención por el padre, según la revista de "Boletín Médico del Hospital infantil de México" por Murrieta; como opinión de investigadoras podemos afirmar que la presencia de estos se puede deber a la falta de atención por el padre ya que estos niños pasan alrededor de 9 horas en el preescolar permitiendo poca convivencia e interacción con el padre o tutor encargado del niño.

El hábito más frecuente fue la onicofagia con un 22% correlacionándose con los estudios realizados en México y España siendo este mismo hábito el de mayor frecuencia; no así en el estudio realizado en Venezuela en tres comunidades indígenas, presentándose la succión labial como más frecuente. Este hábito según el autor Ferros en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría se presenta por causas psicológicas y psicosomáticas que ayudan a desencadenar la aparición del mismo; en este estudio realizado en el Centro Pre-escolar Arlen Siu los investigadores observaron que la frecuencia del hábito se debe a las emociones que el niño presenta como ansiedad, temores, angustias, nervios entre otros, afectando el componente psicoemocional del niño, el cual utiliza este hábito como método para alejarse del ambiente en él se encuentra.

En relación a la edad la onicofagia se presentó en 12 participantes estando equitativos en ambas edades, mientras que según el género predominó en el sexo femenino, no existiendo correlación con el estudio realizado en México ya que existió diferencia con respecto a la edad presentando en los niños de 4 años y con respecto al sexo se encontró en el sexo femenino, hay que destacar que el estudio realizado por Murrieta y Cols en México señalan que la frecuencia del hábito aumenta con la edad y puede deberse a que es un

hábito difícil de erradicar ya que es bastante disimulable. En este estudio la onicofagia se encontró más frecuente en las niñas del preescolar Arlen Siu y el que permite realizar un criterio que indique que se presentó debido a la diferencia de proporción de niños y niñas en cada sección, haciendo sentir de alguna manera más débil al sexo femenino, también porque se sabe que las niñas tienden a ser más vanidosas preocupándose por su aspecto físico, caracterizándolas en ser más expresivas la manera de descargar emociones.

El hábito de succión digital fue el segundo más frecuente presentándose en un 20%, que según la edad hubo mayor frecuencia en los de 3 años y relacionándolo con la sexo se manifestó en el sexo femenino en comparación con el estudio realizado por Murrieta y Cols este fue el tercer hábito más frecuente, y se presentó en sexo masculino. La presencia de esta conducta se considera normal desde los primeros meses de vida hasta los tres años según el estudio realizado por Murrieta, que al pasar de este período se convierte en una patología producida ya sea por sueño o aburrimiento, considerándolo un signo de angustia e inestabilidad emocional; que a pesar de los resultados obtenidos Murrieta califica que la presencia de este hábito en su estudio indica que no es precisamente a factores estándares que provocan la aparición del mismo. En el estudio realizado en el centro preescolar Arlen Sui permiten que las investigadoras afirmen que se produce más que todo en los niños de 3 años por dos razones uno por el cambio brusco que sufren durante variación del tete al biberón provocando que usen la succión digital como una forma de sustituir el tete y la otra razón es por frustraciones psicológicas familiares o escolares que ellos enfrentan, buscando este hábito como una forma para escapar del mundo real que es muy duro.

La frecuencia del hábito de deglución atípica junto con respirador bucal presento igual resultado en un 6% convirtiéndose en el tercer hábito más prevalente, no obstante existió diferencia con respecto a la edad, debido a que la deglución atípica se presentó en niños de 3 años mientras que en la respiración fue en los de 4 años, en el género no hubo diferencia puesto que se presentó en el sexo femenino en ambos hábitos , en comparación con el estudio de Murrieta y Cols realizado en México la respiración bucal fue el segundo más frecuente en niños de 3 años en el sexo masculino permitiendo que no exista una relación con el otro estudio. Cuando el niño es amamantado hasta el año recibe un mejor estímulo de respiración nasal y en el segundo año su sistema respiratorio puede estar lo suficientemente maduro para la función nasal. Más allá de esta edad, cualquier alteración en la forma de respirar puede ser causada por tres motivos principales: por obstrucción, por

un defecto anatómico o por un mal hábito; este último se considera anómalo si solo se hace por costumbre. El amamantamiento materno es primera terapia que ayuda la respiración nasal y deglución normal; como criterio individual de investigadoras en la aparición de estos hábitos en los niños de 3 y 4 años se puede deber a la interrupción del amamantamiento antes del primer año de vida, permitiendo que no se desarrolle funcionamiento normal.

El hábito de succión labial no se hizo presente en ningún niño de 3 y 4 años que fue sometido a dicho estudio, pero en el de Murrieta y Cols permite comparar ya que en ellos se presentó pero de manera poco frecuente en los niños de 4 años, no así en el estudio realizado por Villa Roel Irina en Panares, Maniapare, Edo Bolívar que estuvo presente en el 100% de la población de estudio, que según el criterio individual de investigadoras la presencia de este hábito en un 100% se dio porque sustituye la succión digital por succión labial ya que en este estudio se evaluaron no solo niños y niñas sino también adolescentes, sabiendo que en la adolescencia ya no presenta el hábito de succión digital es ahí cuando se sustituye por succión labial; es por razón que en el estudio realizado en el preescolar Arlen Siu no se hizo presente este hábito, porque era niños de edad preescolar.

X. CONCLUSIONES

Luego de haberse realizado la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En el Centro Pre-escolar de aplicación Arlen Siu se encontró que el 50% de los niños entre las edades 3 y 4 presentó hábito bucal parafuncional.
2. El hábito bucal parafuncional más frecuente en los niños del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu fue la onicofagia.
3. En los niños de 3 años el hábito bucal parafuncional más frecuente fue la succión digital y en los de 4 años fue la onicofagia.
4. Según el sexo en las niñas el hábito bucal parafuncional más frecuente fue la succión digital y en los niños la onicofagia.
5. Las características clínicas patológicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales, más frecuentes encontradas en los niños fueron: para la onicofagia mordeduras de uñas, de succión digital y deglución atípica paladar alto y ojival y en respiradores bucales cierre labial forzado

XI. RECOMENDACIONES

A. Al Centro Pre-escolar Arlen Siu

- Que contrate a un psicólogo para que de charlas de manera periódica a los niños y padres de familia.

B. Al padre/tutor del niño

- Que lleven al niño que presento un hábito parafuncional al odontólogo y otros profesionales que se involucran y son de mucha importancia para el tratamiento; ya sea para corregir la conducta bucal atípica o las secuelas que haya ocasionado.

C. A la UNAN-Managua

- Crear un banco de pacientes con estas niños para la clínica de ortodoncia del primer semestre de V año.
- Orientar al padre o tutor de los niños que asisten al Centro Preescolar Arlen Siu, a través de una charla sobre hábitos bucales parafuncionales.
- Darle seguimiento a los niños que presentaron un hábito bucal parafuncional para saber si han recibido tratamiento para corregirlo

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Agranatti, P. (2001). odontomarketing. Bioetica en odontología. Obtenido de www.odontomarketing.com/.../ART_18_ENE_2001.htmEn cachéSimilares
- Aleman Sanchez, P. C., Gonzalez Valdez, D., Diaz Ortega, L., & Delgado, Y. (2007). Habitos bucales deformantes y plano poslacteo en niños de 3-5 años. Revista Cubana de Estomatología., 44.
- Avurto, P., Diaz Rodriguez, M., & Cadiz, O. (1999). Frecuencia de malos habitos orales y su asociacion con el desarrollo de anomalias dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del area Oriente de Santiago. Revista Chilena pediátrica, 70.
- Barrancos Money, J., & J. Barrancos, P. (2006). Operatoria Dental.
- Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo Mercado, R. (Junio 2010). Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.
- Borrás, S., & Clari, R. V. (Agosto 2011). Guia para la reeducacion de la deglucion atípica y trastornos asociados.
- Briceño Cerda, M. J. (20 octubre 2003). La responsabilidad profesional en odontología.
- Castillo Ugedo G, p. P. (2011). Lesiones por hipoclorito de sodio en la clinica odontologica: causas y recomendaciones de actuacion. 71-79.
- Cols, M. A. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria .
- Ferros, & Cols. (2010). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.
- Espinoza R Angelina, N. P. (2011). Prevalencia de anomalias dentomaxilares y malos habitos orales en pre-escolares de zonas rurales de la pob .
- Garcia, C. N. (2012). Habitos Orales.
- Gonzalez, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quiros, O. (2012). Maloclusiones asociadas a habito de succion digital, habito de deglucion infantil o atípica , habito de respiracion bucal, habito de succion labial y habito de postura.
- Gonzalez, M., Herrera, D., & Quiros, O. (2012). Maloclusiones asociadas al habito de succion succion digital, habito de deglucion infantil atípica, habito de respiracion bucal, Habito de succion labial y habito de postura.
- Kelley, w. N. (1993). Medicina Interna. Ed. Medica Panamericana .

- Medicina, U. F. (1985). Notas de clase Epidemiología. En F. d. UNAN.
- Murrieta Pruneda, J. F., cols, y., Allendelagua, R. I., Perez Silva, L. E., Juarez Lopez, L. A., Linarez Vieyra, C., y otros. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en ciudad Nezahualcoyolt, Estado de Mexico, 2009. Boletín médico del Hospital Infantil de Mexico, 68.
- Otero, J. (2002). www.odontomarketing.com/ Manual de bioseguridad en odontología. Obtenido de www.odontomarketing.com/BIOSEGURIDAD.pdf
- Sih, T., Sakano, E., Hayashi Endo, L., & Morello, G. (1999). Otorrinolaringología Pediátrica.
- Ustrell I Torrent, J. M., Von Arx, J. D., & Brau Maire, I. (2002). Ortodoncia.
- Ustrell I Torrent (2011) Manual de ortodoncia.
- Varas, F. (2012). Prevalencia de hábitos orales infantiles. Pediatría Atención Primaria, 14, 2,8.
- Villa Roel Irina, M. R. (2013). Prevalencia de hábitos parafuncionales como factor etiológico de mal oclusiones niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas como Panares, en Maniapare, Edo. Bolívar .

ANEXOS

XIV.ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-MANAGUA.

Facultad de Ciencias Médicas

Odontología

FICHA CLINICA

La presente encuesta tiene como objetivo recolectar los datos necesario para una investigación monográfica que se está llevando a cabo por Helen Rugama y Delia Montiel estudiantes de V de la carrera de Odontología, bajo el tema: “ Prevalencia de hábitos parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar Arlen Siu de la UNAN-Managua, en el período Septiembre- Octubre 2014” solicitamos que como responsable del niño(a) nos llene los datos generales y las preguntas 1 y 2 solamente que se presentan a continuación porque el resto son características clínicas que serán llenadas al ser revisada por las investigadoras.

Nombre:

Edad:

Sexo:

F M

Conteste las siguientes preguntas.

1. Presenta algún hábito parafuncional o práctica de manera continua.

Si No

2. Tipo de habito parafuncional que presenta:

- Succión digital.
- Deglución atípica.
- Respirador bucal.
- Onicofagia.
- Succión labial
- Otros, especifique
- Ninguno.

3. Características clínicas que presenta.

Succión digital.

- En dedos:
 - a) Presencia de callosidades.
 - b) Ausencia de callosidades.

- En labios.
 - a) Labio superior hipertónico
- En dientes.
 - a) Protrusión de incisivos superiores.
 - b) Incisivos inferiores lingualizados.
- Forma del paladar.
 - a) Paladar alto u ojival.

Respirador bucal.

- Cara
 - 1) Cara alargada.
 - 4. Presencia de ojeras.
- En nariz.
 - a) Desvió del septo nasal.
 - b) Sellado manual, la respiración se altera.
- En labios.
 - a) Labio superior hipertónico.
 - b) Labio inferior hipotónico.
 - c) Cierre labial forzado.
 - d) Xerostomía.

Onicofagia.

Extrabucal.

- En uñas.
 - a) Desgaste.
 - b) Mordedura.
- En cutículas.
 - a) Inflamación.
 - b) Infección.

Intrabucal.

- Incisivos superiores
 - a) Si presenta desgaste.
 - b) Si presenta fractura.
 - c) Si están protruídos.

- Incisivos inferiores.
 - a) Si presenta desgaste.
 - b) Si presenta fractura.
 - c) Si están lingualizados.

Succión Labial.

- En labios.
 - a) Labio superior hipotónico.
 - b) Labio inferior hipertónico.

En dientes.

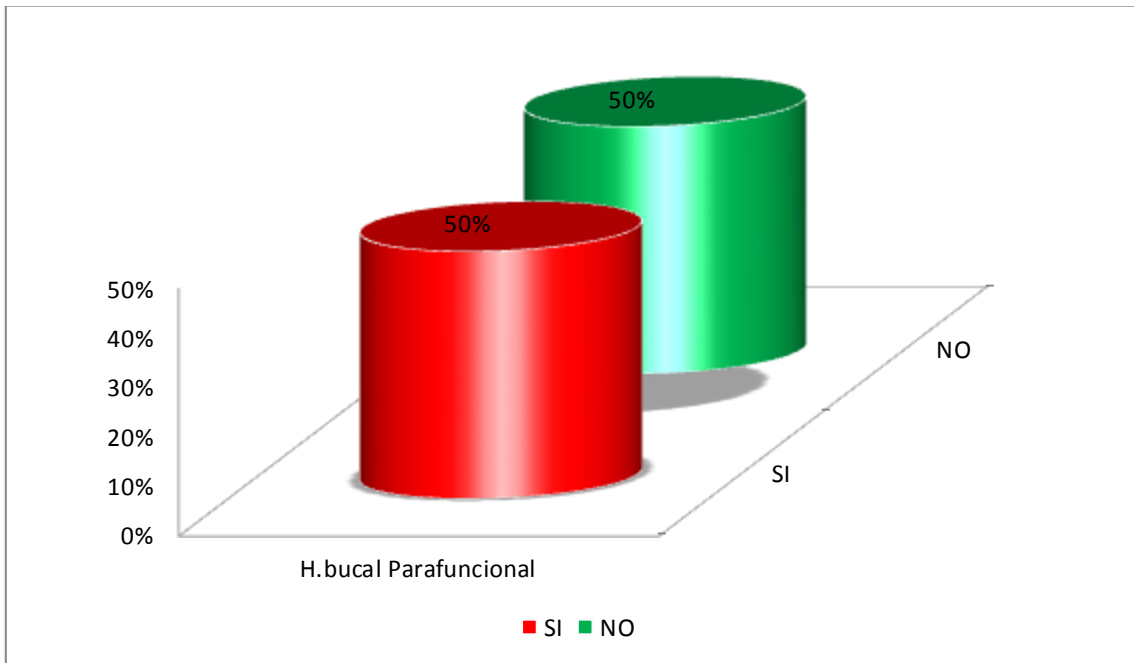
- Incisivos superiores.
 - a) Si están protruidos.
- Incisivos inferiores.
 - b) Si están lingualizados.

Deglución Atípica.

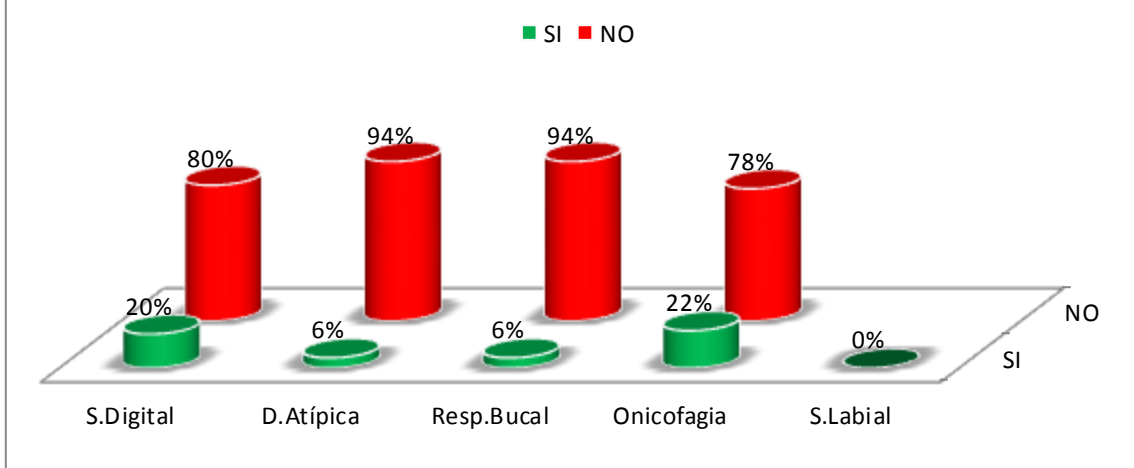
- En labios.
 - a) Labio superior hipertónico.
 - b) Labio inferior hipotónico.
 - c) Cierre labial forzado.
- En lengua.
 - a) Si hay presencia de marcas y cicatrices.
- En paladar.
 - a) Paladar alto y ojival.
- Aumento de salivación.

GRÁFICOS

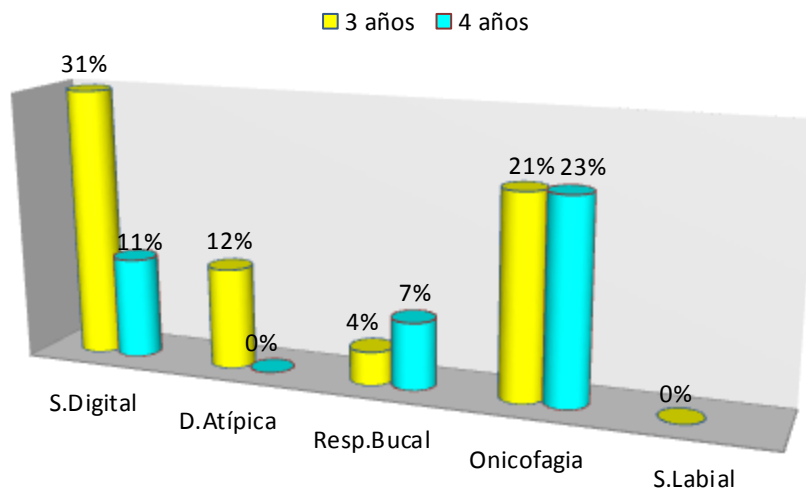
Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales



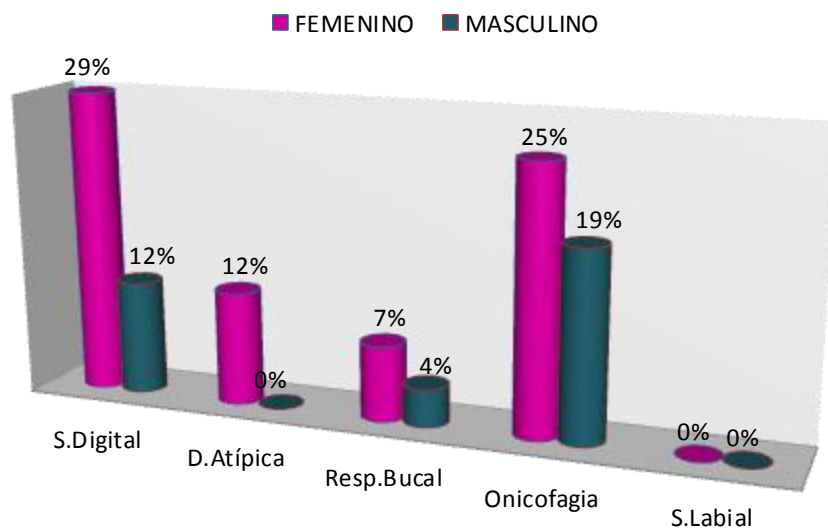
Frecuencia del tipo habito bucal parafuncional



Frecuencia de habito bucal parafuncional según edad

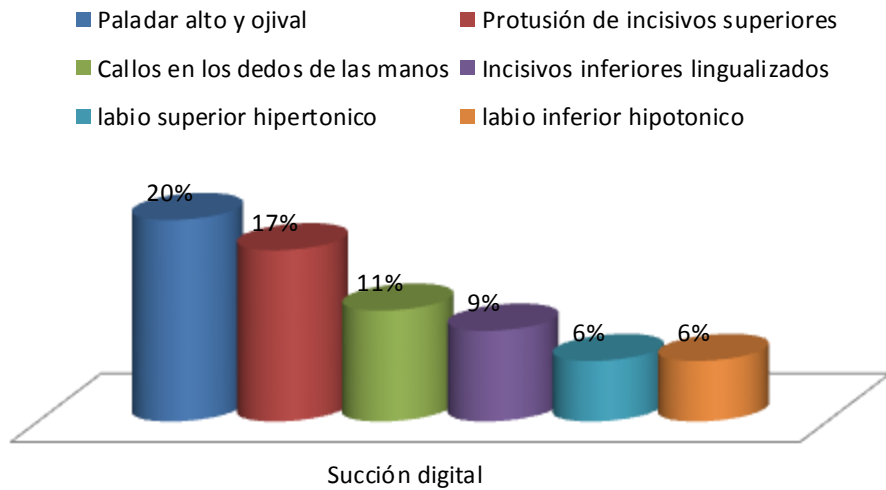


Habito parafuncional segun el sexo

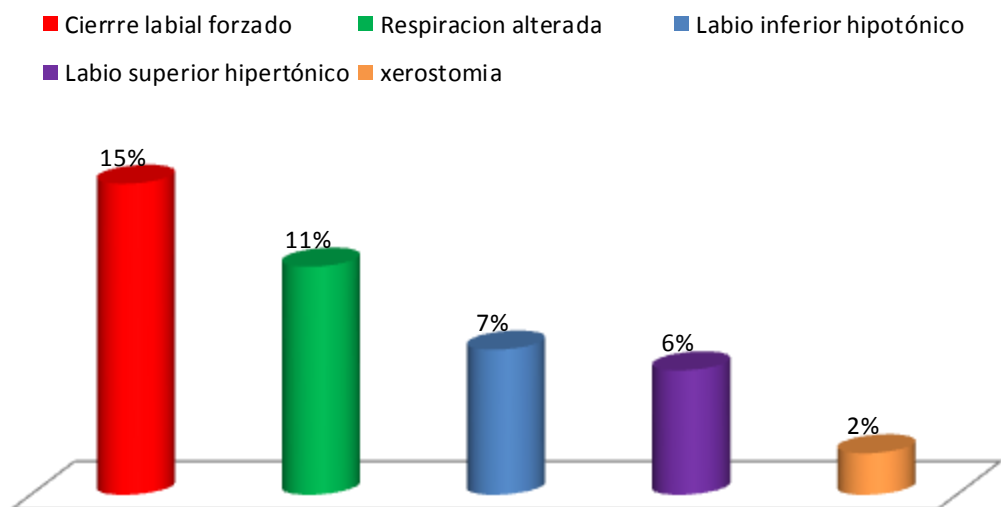


Características clínicas derivadas de los hábitos bucales parafuncionales

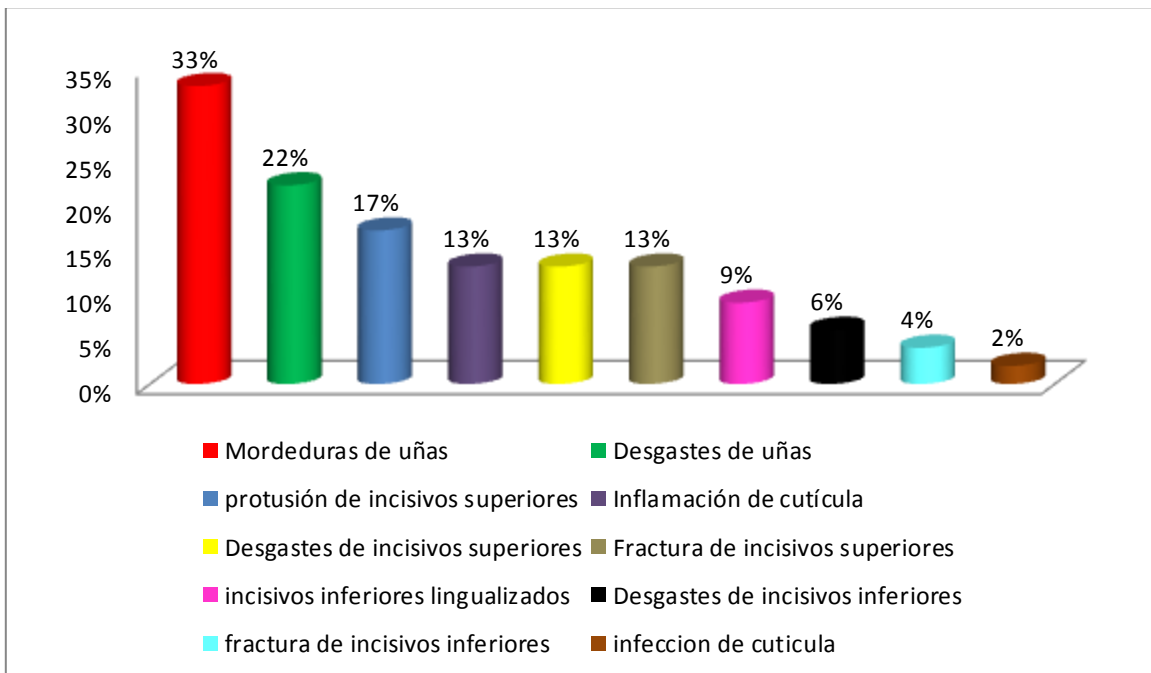
características clínicas derivadas de la succión digital



Características clínicas derivadas de los respiradores bucales

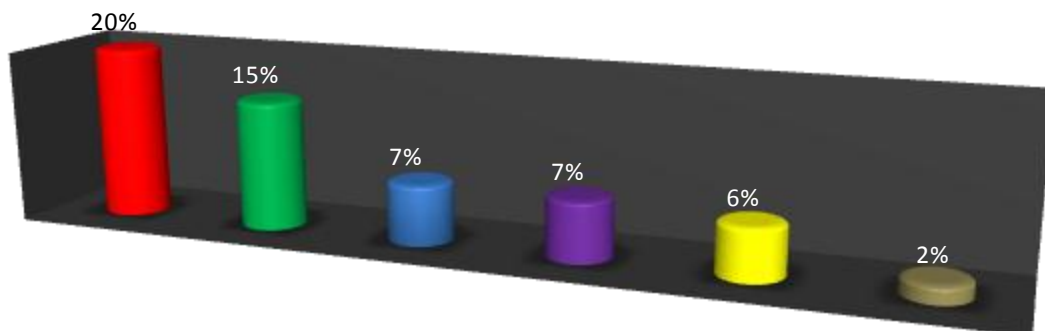


Características clínicas derivadas de la onicofagia



Características Clínicas derivadas de la deglucion atípica

- Paladar alto y ojival
- Cierre labial forzado
- Labio inferior hipotonico
- Marcas y cicatriz en la lengua
- Labio superior Hipertonico
- Aumento de salivacion



FOTOS



Niña que presenta onicofagia (fotografía tomada por Delia Montiel en Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niño con protrusión de incisivos superiores y lingualización de incisivos inferiores (fotografía tomada por Delia Montiel en Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niña con hábito de succión digital (fotografía tomada por Helen Rugama en Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niña con paladar alto y ojival (fotografía tomada por Helen Rugama en Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niña apartada de las actividades grupales que presenta hábito de succión digital (fotografía tomada por Delia Montiel en Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niños de 3 y 4 años en actividades grupales (fotografía tomada por Helen Rugama).



Madre de familia dando su consentimiento informado para que su niño participara en el estudio (fotografía tomada por Delia Montiel en Centro Pre-escolar Arlen Siu)



Niños preparándose para su hora de dormir (fotografía tomada por Helen Rugama en el Centro Pre-escolar Arlen Siu).



Niños en su hora de recreo (fotografía

tomada por Delia Montiel en Centro Pre-escolar Arlen Siu).

Licenciada Rosa Inés

10/02/2014

Directora del Centro Pre-escolar Arlen Siu

UNAN-Managua

Sus manos.

Reciba cordiales saludos de nuestra parte deseando que la paz de nuestro Señor Jesucristo Reine sobre su vida.

El motivo de la presente es para solicitar un permiso oficial para poder realizar una investigación monográfica bajo el tema “prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua” somos Delia Montiel y Helen Rugama ambas estudiantes de la carrera de Odontología de la facultad de Ciencias Médicas en la UNAN-Mangua siendo la Dra. Tania López la maestra de la asignatura investigación aplicada.

Sin más que agregar nos despedimos esperando su respuesta positiva.

Dra. Tania López

Encargada de investigación aplicada

Br. Helen Rugama

Carnet 10032010

Br. Delia Montiel

Carnet 10031427

Agosto, 2014

A padre/ tutor del niño(a): _____

Sus manos.

Reciba cordiales saludos de nuestra parte deseando que la gracia de nuestro Señor Jesucristo reine sobre usted y su familia.

El motivo de la presente es para pedir su autorización como responsable del niño (a) para poder participar en nuestra investigación monográfica con el tema “prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua” somos estudiantes de la carrera de Odontología V año de la facultad de Ciencias Médicas, Delia Montiel y Helen Rugama en donde pretendemos realizarle una revisión clínica al niños con guantes y mascarillas en las afueras de su aula de clases, si contamos con su autorización le pedimos que nos lo haga saber firmando al final de la hoja.

Sin más que agregar nos despedimos esperando una respuesta positiva, gracias.

Br. Delia Montiel

Carnet # 10031427

Br. Helen Rugama

Carnet # 10032010

Padre/ tutor del niño(a)