

**Hábitos bucales deformantes en un consultorio del médico de la familia en Camagüey.
Cuba**

Deforming oral habits in the health clinic of the family physician in Camagüey, Cuba

**Dra. Magda Lima Álvarez; Dra. Esperanza Romero Zaldívar; Dr. Ricardo Alberto Pérez
Cederrón**

Clínica Estomatológica Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención en la población de 5 a 18 años del Consultorio 18 del área Oeste de Camagüey desde noviembre de 1998 hasta enero de 2001, con el objetivo de evaluar la disminución de los hábitos bucales deformantes, determinar el tipo de oclusión según grupos de edades, identificar los hábitos bucales deformantes presentes y relacionar los mismos con el tipo de oclusión. El universo estuvo formado por 96 pacientes, de los cuales 84 fueron encuestados, interconsultados y tratados en atención primaria o remitidos al segundo nivel. El 71, 43 % presentó maloclusiones, los más afectados fueron los pacientes pertenecientes al grupo de edades entre 8-10 años. Los hábitos bucales deformantes se encontraron en un 75 % con predominio de las combinaciones. Se comprobó un cambio favorable en el estado de salud de la población desde

el inicio hasta la culminación del estudio al disminuir los hábitos bucales deformantes y las combinaciones de éstos y pasar a hábitos simples.

DeCS: MALOCLUSIÓN/clasificación/etiología/prevención; ODONTOLOGÍA; ATENCIÓN DENTAL PARA NIÑOS

ABSTRACT

An interventional study was carried out in the population from 5 to 18 years old of the health clinic # 18, West area of Camagüey city from November 1998 to January 2001 with the aim of evaluating the decrease of deforming oral habits, determining in the population studied the type of occlusion as to age groups; identifying deforming oral habits present and relating them with the type of occlusion. The universe was composed of 96 patients, 84 out of them were surveyed, interconsulted and treated in primary care or remitted to second level of care. The 71, 43 % presented malocclusions, the most affected were patients belonging to the age group among 8 to 10 years (40, 48 %). Deforming oral habits were found in the 75 % with prevalence of combinations. It was proved a favorable change in the health state of population from the beginning to the ending of study when deforming oral habits and combinations of them decreased and passed to simple habits.

DeCS: MALOCCLUSION/classification/etiology//prevention; DENTISTRY; CHILDREN DENTAL CARE

INTRODUCCIÓN

La atención estomatológica integral a la población presenta un amplio espectro en el desarrollo de la atención primaria de salud. Este nivel de atención es muy complejo por la magnitud de los problemas presentes en él, los cuales son detectados mediante el diagnóstico y la vigilancia del estado de salud bucal y a partir de los resultados obtenidos se analiza la situación de salud y se establecen planes de medidas de acuerdo con los problemas detectados. ¹

Al realizar el análisis de la situación de salud bucal se detectaron problemas muy frecuentes en la población menor de 18 años, como maloclusiones y los factores de riesgo a padecerla, como los hábitos deformantes bucales, la hipotonía muscular, la pérdida prematura de dientes, etc., que de ser descubiertos y controlados a tiempo, evitan que se produzca la enfermedad. ²

Los hábitos deformantes se adquieren con la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. ³⁻⁵ El más frecuente es la succión de chupetes; el que más secuelas produce por su intensidad, fuerza y duración es la succión digital ⁶ y está relacionado con otros como la onicofagia y la deglución anormal. ⁷ La respiración bucal, los hábitos labiales y posturales y el bruxismo, también constituyen hábitos asociados a las maloclusiones. ⁸ De forma general se presentan entre el 56 y 75 % de los niños producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso-dientes, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula cuando existen interferencias oclusales asociadas a hábitos posturales. ²

El objetivo de esta investigación es evaluar la disminución de los hábitos bucales deformantes en la población de 5 a 18 años mediante la atención preventiva de Ortodoncia, determinar en la población estudiada el tipo de oclusión según grupos de edades e identificar los hábitos bucales deformantes presentes y relacionarlos con el tipo de oclusión.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención en la población de 5 a 18 años del consultorio # 18 del área Oeste perteneciente a la Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró, de Camagüey, desde noviembre de 1998 hasta enero de 2001. Se utilizaron las historias clínicas de salud bucal familiar para identificar los pacientes comprendidos en estas edades. El universo estuvo constituido por 96 pacientes, solamente se encuestaron 84 ya que se excluyeron dos de ellos con 5 y 11 años, respectivamente, por presentar retraso mental, y diez, que a pesar de tener dirección en el área, viven fuera de la misma.

Para realizar la investigación se elaboró un formulario que recogió datos generales como identificación del paciente (nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección, número de historia clínica) y datos del examen clínico: clasificación de la oclusión, hábitos deformantes bucales presentes, tiempo y fecha en que se confeccionó el formulario al inicio y a los dos años, y tratamiento utilizado en los mismos.

Se anotaron los hábitos bucales deformantes. Se identificó la presencia de respiración bucal mediante el método de Wetzel, obstrucción provocada o con mariposa de algodón ² y se remitieron al otorrinolaringólogo para el diagnóstico definitivo.

Se determinó la succión digital mediante el interrogatorio al paciente, los padres y por el examen físico. Además, se orientó al niño realizar la deglución para advertir la existencia del hábito de protracción lingual.

Se interrogaron los pacientes y familiares sobre la práctica de otros hábitos como la onicofagia, uso de chupetes o biberones, posturales, bruxismo, queilofagia, etc.

Se consideramos combinaciones de hábitos deformantes cuando estuvieron presentes dos o más de ellos. Se registraron los tratamientos descritos en el formulario y utilizados en la atención primaria según los requerimientos de cada paciente.

Al finalizar los dos años de estudio se compilaron y procesaron los datos a través del sistema estadístico SPSS/PC. Utilizamos estadística descriptiva con distribuciones de frecuencias en valores absolutos de porcentajes y estadística inferencial con prueba de hipótesis de proporciones

en un grupo con categorías mutuamente excluyentes y test de independencia de la χ^2 con corrección de Yates. El nivel de significación aceptado fue de 0.05 y el error relativo, del 10 %.

RESULTADOS

En cuanto a la distribución según grupos de edades y oclusión se observó que el 71, 43 % de la población presentó maloclusiones, diferencia significativa en relación con la oclusión normal o compensada ($p < 0,001$). Se apreció además un número considerable de pacientes con maloclusiones en el grupo de 8 a 10 años (34, 53 %), seguido del grupo de 11 a 13 años (22, 62 %), valores altamente significativos al relacionarlos con los otros dos grupos de edades. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución según grupos de edades y tipo de oclusión

Grupos de edades (años)	Tipo de oclusión				Total	
	Normal o Compensada		Maloclusión		N	%
	N	%	N	%		
5-7	11	13,10	8	9,52	19	22,62
8-10	5	5,95	29**	34,53	34	40,48
11-13	6	7,14	19**	22,62	25	29,76
14 -16	2	2,38	4	4,76	6	7,14
Total	24*	28,57	60*	71,43	84	100,00

Fuente: Formulario

* $p < 0.001$

** $p < 0.05$

Los hábitos bucales deformantes se presentaron en el 75 % de la población encuestada, prevaleció la relación de maloclusión y hábitos deformantes en el 61, 90 % de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según tipo de oclusión y presencia de hábitos bucales deformantes al inicio
(n = 84)

Tipo de oclusión	Hábitos bucales deformantes			
	Si		No	
	N	%	N	%
Normal o compensada	11	13,10	13	15,48
Maloclusión	52	61,90	8	9,52
Total	63	75,00	21	25,00

Fuente: Formulariop<0.001

Al identificar los hábitos predominaron las combinaciones de los mismos (Tabla 3).

Tabla 3. Población estudiada al inicio y a los dos años, según hábitos bucales deformantes (n=84)

Hábitos	Inicio		Dos años	
	N	%	N	%
Respiración bucal	10	15,87	8	16,33
Succión digital	1	1,59	2	4,08
Protracción lingual	6	9,52	14	28,57
Biberón	3	4,76	1	2,04
Onicofagia	4	6,35	3	6,12
Combinación	39	61,91	21	42,86
Total	63	75,00	49	58,33

Fuente: Formulario

A los dos años se logró la disminución de las combinaciones de los hábitos, algunos pasaron a ser simples; se incrementaron las cifras de protracción lingual y succión digital por esta causa. Se comprobó que los respiradores bucales tenían antecedentes de procesos alérgicos o asma bronquial, lo que dificultó su eliminación.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo en cuanto a grupos de edades son similares a los obtenidos por otros autores.⁹

La oclusión normal o compensada se detectó en el 28, 57 % de los pacientes. Santiso separa la oclusión normal de la compensada y establece un 13, 51 % de pacientes con oclusión normal y un 54.02 % con oclusión compensada.¹⁰ Estos resultados son superiores a los de este estudio, la diferencia se debe principalmente a los variados criterios que se utilizan al evaluar la relación dental.

La oclusión normal o compensada predominó en el grupo de 5 a 7 años (13, 10 %). Santiso Cepero observa en grupos de edades similares (5 a 11 y de 12 a 14 años) un 36, 92 % y un 39, 15 % de maloclusiones, respectivamente.¹⁰ Se encontró una asociación altamente significativa entre ambas variables ($p < 0,001$). En otros estudios se muestran cifras que oscilan entre el 54, 80 y el 81, 43 %.^{10, 11}

La respiración bucal como hábito único se detectó en diez pacientes (15, 87 %), lo que no se corresponde con otros trabajos con cifras superiores en la prevalencia de los hábitos que oscilan entre el 28, 29 % y el 95 %, ¹²⁻¹⁴ antes y después de tratados.

Izarbe plantea un aumento en los pacientes con onicofagia en los últimos años, aspecto que no se observó en este estudio.¹⁵

CONCLUSIONES

El mayor número de pacientes de la población estudiada estuvo entre las edades de 8 a 13 años, y también fueron los más afectados por maloclusiones. Los hábitos bucales deformantes se observaron asociados a las maloclusiones en más de la mitad de la población estudiada con predominio de las combinaciones de hábitos y la respiración bucal de forma aislada. Se logró la reducción de los hábitos bucales deformantes tanto en los pacientes con maloclusiones como los que presentaban oclusión normal o compensada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Análisis de la situación de salud con participación comunitaria: "componente bucal": una guía para su ejecución. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998. p. 58-9.
2. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la asignatura ortodoncia estomatológica infantil. T 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p. 69-77, 128-42.
3. Scigliano Valerio C, Afonso Araujo F. Hábito de succáo: teorías de desenvolvimento e filosofías de tratamento. Cad Odontol 1998;1(2):7-21.
4. Sorhegui Rodríguez A, Rigol González AE, González Navarro M, Martín Mendecochea L. Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod 1998;13(2):107-11.
5. Corrêa MSNP. Odontopediatría na primeira infancia. São Paulo: Librería Santos; 1999. p. 561-76.
6. Almeida Gabrich ME. Hábito de succao ñao nutritiva: relato de odontopediatras quanto a epidemiología, etiología e aspectos clínicos. Arq Odontol 1999;35(1-2):161.
7. Fernández Parra A, Gil Roales Nieto J. Odontología conductual. Barcelona: Martínez Roca; 2000. p. 71-56.
8. Seixas CAO, Almeida EF de, Fattori L. Diagnóstico prevenção e tratamento precoce para hábitos bucais deletéreos. J Bras Ortod Ortop Maxilar 1998;3(14):53-60.
9. Mickenautsch S, Rudolph MJ, Ogunbodede EO, Chikte UM. Oral health among Liberian refugees in Ghana. East Afr Med J 1999;76(4):206-11.
10. Santiso Cepero A, Díaz Camacho A, Martínez Domínguez AA, Díaz Brito RJ. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod 1997; 12 (2): 96-101.
11. Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ, González Pérez A. Diagnóstico ortodóntico del área de salud "Venezuela", Ciego de Ávila. Rev Cubana Ortod 1996;11(1):22-5.

12. Pérez Varela H, Ramos Morales C, Domínguez Fleites LM. Tratamiento precoz de interferencias oclusales que provocan laterognatismo en niños de edades tempranas. Rev Cubana Ortod 1998;13(2):84-9.
13. Cabaña Lores C, Masson Barceló R, Valverde Martín R, Valdés Álvarez R, Cubero Menéndez W, Soto Cantero L, et al. Temas de la asignatura Ortodoncia estomatología infantil. T 2. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p. 25-46.
14. Báez A, Morón AV, Salazar CR, Rivera L, Rojas de Rivera F. Aproximación al perfil de oclusión dentaria en prescolares del municipio Maracaibo. Acta Odontol Venez 1999;37(2):11-9.
15. Ilzarbe LM, Ripoll A, Algora M. Onicofagia frente a estética dental: presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. Gac Dent 2000;105:46-52.

Recibido: 7 de octubre de 2003

Aceptado: 2 de febrero de 2004

Dra. Magda Lima Álvarez. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Clínica Estomatológica Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey. Cuba.