

Multimed 2019; 23(2)

Marzo-Abril

Artículo original

Cultura sanitaria sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior. Escuela “Ciro Redondo”. 2017

Sanitary culture on buccal deforming habits related with the superior transverse micrognatismo. School “Ciro Redondo”. 2017

Ms.C. Salud Buc. Yelena Polanco Miniet.^{1*}

MSc. Urg, Estomatol. Dianelys Leydis Pérez Cabrera.¹

Ms.C. Salud Buc. José Rolando Alcolea Rodríguez.¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas Manuel Cedeño Infante. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: ypminiet@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.

Objetivo: describir la cultura sanitaria sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior en escolares y padres de Cuarto Grado de la Escuela “Ciro Redondo” durante el año 2017.

Método: se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior. El universo estuvo constituido por 112 estudiantes de 4to grado de la Escuela “Ciro Redondo” del municipio Bayamo, en el 2017. Todos formaron parte del estudio. Las variables estudiadas fueron: nivel de conocimiento, necesidades de aprendizaje, hábitos bucales deformantes y

micrognatismo transversal superior, apoyados en métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

Resultados: el nivel de conocimiento fue inadecuado: 67,85 % en escolares y 81,25 % en padres, relacionado con las necesidades de aprendizaje sobre los hábitos: empuje lingual, respiración bucal, succión digital y posturas inadecuadas. El 100 % presentó hábitos bucales deformantes, de ellos el 40,18 % con micrognatismo transversal superior, predominando el sexo femenino.

Conclusiones: el nivel de conocimiento fue inadecuado, con ligero predominio en el sexo femenino del micrognatismo transversal superior y la inadecuada cultura sanitaria en pacientes con hábitos deformantes.

Palabras clave: Micrognatismo; Succión del Dedo; Hábitos Linguales; Respiración por la Boca; Conductas Relacionadas con la Salud; Educación en Salud.

ABSTRACT

Introduction: oral health is an integral part of general health, because an individual can not be considered completely healthy if there is an active presence of oral disease.

Objective: to describe the sanitary culture on deforming oral habits related to the superior transverse micrognathism in schoolchildren and Fourth Grade parents of the "Ciro Redondo" School during the year 2017.

Method: a cross-sectional descriptive study on deforming buccal habits related to superior transverse micrognathism was carried out. The universe was constituted by 112 students of 4th grade of the School "Ciro Redondo" of the Bayamo municipality, in 2017. They were all part of the study. The variables studied were: level of knowledge, learning needs, deforming oral habits and superior transverse micrognathism, supported by theoretical, empirical and statistical methods.

Results: the level of knowledge was inadequate: 67.85% in schoolchildren and 81.25% in parents, related to the learning needs on habits: tongue thrust, mouth breathing, digital suction and inadequate postures. The 100% presented deforming oral habits, of them 40.18% with superior transverse micrognathism, predominantly female.

Conclusions: the level of knowledge was inadequate, with a slight predominance in the female sex of the superior transverse micrognathism and the inadequate sanitary culture in patients with deforming habits.

Keywords: Micrognathism; Fingersucking; Tongue Habits; Mouth Breathing; Health Behavior; Health Education.

Recibido: 7/1/2019.

Aprobado: 30/1/2019.

Introducción

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Dentro de las mismas, las más frecuentes son la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, que solo varían en su gravedad, prevalencia, y también entre diversos grupos de edades, y es más alta en las poblaciones con situación económica desventajosa.^(1, 2)

La prevalencia de las maloclusiones a nivel internacional es elevada, por lo que son consideradas un problema epidemiológico de gran importancia, al encontrarse entre las tres enfermedades que constituyen un riesgo de salud bucal y como consecuencia, altas cifras de necesidad de tratamiento ortodóncico.⁽³⁻⁵⁾

Las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) comprenden las alteraciones del crecimiento, desarrollo y fisiologismo de los componentes anatómicos que conforman el sistema estomatognático, mientras que las maloclusiones solo se refieren a desviaciones de la oclusión normal.⁽⁶⁾

En la literatura se reconoce el origen multifactorial en el desencadenamiento de las maloclusiones dentarias, en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los huesos y los dientes, la dirección eruptiva de estos últimos, la dirección de crecimiento de los huesos, etc. así como otros factores ambientales. Dentro de estos, los

más frecuentes son los hábitos bucales deformantes (HBD), como la succión digital, el uso de chupete o biberón, la respiración bucal y la deglución atípica hasta edades avanzadas. ⁽⁷⁾

En Cuba las maloclusiones se presentan en el 36,3 % y el sexo más afectado es el femenino (52,6 %), refiere Otaño que la necesidad de tratamiento estimada es del 40 % en la población infantil y juvenil. ^(8, 9) En Venezuela se encontró que el 77 % de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión.

En Chile, para conocer la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de estos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales, se encontró que 66.0 % practicaban dichos hábitos; en el norte de la India se halló que de los niños examinados 25.5 % presentaron hábitos bucales deformantes, siendo el 0.7 % succionadores digitales.

La mayoría de los pacientes con maloclusión desconocen las causas de esta anomalía, por lo cual se realizó esta investigación con el objetivo de describir la cultura sanitaria sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior en escolares y padres de Cuarto Grado de la Escuela “Ciro Redondo” durante el año 2017.

Método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior. El universo estuvo constituido por 112 estudiantes de 4to grado de la Escuela “Ciro Redondo” del municipio Bayamo, en el 2017. Todos formaron parte del estudio.

Criterios de inclusión

Escolares de cuarto grado de la escuela “Ciro Redondo” durante el año 2017, sin o con HBD que no hayan recibido tratamiento ortodóncico, y consentimiento de la dirección de la Escuela y de los padres para formar parte del estudio.

Operacionalización de las variables

- Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales relacionados con el micrognatismo transversal superior (cualitativa nominal politómica). Se evaluó el resultado adecuado

cuando el número de respuestas correctas individualmente se encontró de 10-15 e inadecuado 9 ó menos respuestas correctas.

- Necesidad de aprendizaje (cualitativa nominal dicotómica) según respuestas correctas e incorrectas. Considerándose cuando el porcentaje total de respuestas incorrectas por preguntas fue del 60 % o más.

- Hábitos bucales deformantes (cualitativa nominal dicotómica). Son prácticas inadecuadas producidas por la constante repetición de un acto que no es funcional ni necesario. Se considera si: la presencia de esta variable ante evidencias de: Succión digital (introducción de uno o más dedos de la mano dentro de la boca), empuje o protracción lingual (acción de empujar o proyectar la lengua entre las arcadas dentarias durante la deglución), respiración bucal (acto de respirar continuamente por la boca) y hábitos posturales (posiciones inadecuadas que generan presiones anormales sobre los maxilares al dormir o al sentarse).

- Micrognatismo transversal superior. (Cualitativa nominal politómica) Anomalía en la cual se encuentra afectado el desarrollo transversal de los huesos basales del maxilar. Para diagnosticar el mismo se utilizaron la primera regla de Bogué para dentición mixta: donde la distancia mínima que debe separar las superficies de las cúspides mesiolinguales de los segundos molares temporales superiores es de 30 mm y las mediciones de Mayoral para la permanente: donde la distancia entre los surcos que separan las cúspides vestibulares de las linguales de los primeros y segundos premolares superiores, debe ser de 35 y 41 mm respectivamente y la distancia de la fosa central del primer molar permanente superior de una hemiarcada a la otra debe ser de 47 mm. Estas mediciones fueron realizadas con un pie de rey directamente en boca. Cuando las cifras obtenidas fueron menores a las citadas se diagnosticó un micrognatismo transversal superior.

Métodos: se utilizaron teóricos (análisis-síntesis e inductivo-deductivo), empíricos (la Observación y el cuestionario) y estadísticos (estadística descriptiva, por cientos).

Aspectos éticos: previo a la investigación se solicitó el consentimiento informado de la dirección de la escuela y de padres, para realizar el estudio en los escolares.

Técnicas y procedimientos

Esta investigación se llevó a cabo a partir de una detallada revisión bibliográfica y la aplicación de una encuesta a escolares y padres acerca de los conocimientos sobre HBD

relacionados con el micrognatismo transversal superior creada para estos fines y previamente validada por método de pilotaje.

Procesamiento estadístico

Luego de recopilada la información necesaria; se creó una base de datos propuesta por el paquete estadístico PASW STATISTICS SPSS versión 18, que permitió obtener la frecuencia absoluta y relativas (por cientos) de cada variable. Los resultados se reflejaron en tablas de salida y la discusión de las mismas se realizó comparando los resultados con los de otros estudios.

Resultados

La tabla 1, presenta el nivel de conocimiento sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior, este clasificó en escolares y padres en la categoría de inadecuado 67,85 % y 81,25 % respectivamente.

Tabla 1. Nivel de conocimiento de escolares y padres.

Nivel de conocimiento	Adecuado		Inadecuado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escolares	36	32,14	76	67,86	112	100
Padres	21	18,75	91	81,25	112	100

La necesidad de aprendizaje en los escolares (tabla 2), muestra que todas las preguntas realizadas presentaron frecuencia mayor al 60 % en la categoría de inadecuada; con mayor grado de dificultad la 2; 4; 6; 10; 11; 12 y 15, en las cuales el 100 % de los escolares respondieron incorrectamente; relacionadas con los hábitos de empuje lingual, respiración bucal, succión digital y posturas inadecuadas.

Tabla 2. Necesidad de aprendizaje en escolares.

Preguntas	Respuestas			
	Correctas		Incorrectas	
	Nº	%	Nº	%
1	23	20,54	89	79,46
2	0	0,00	112	100,00

3	5	4,46	107	95,54
4	0	0,00	112	100,00
5	8	7,14	104	92,86
6	0	0,00	112	100,00
7	18	16,07	94	83,93
8	34	30,36	78	69,64
9	44	39,29	68	60,71
10	0	0,00	112	100,00
11	0	0,00	112	100,00
12	0	0,00	112	100,00
13	12	10,71	100	89,29
14	8	7,14	104	92,86
15	0	0,00	112	100,00

N= 112

En la tabla 3 se puede observar los resultados de la encuesta aplicada a los padres de los escolares, mediante la cual se obtuvo la necesidad de aprendizaje, los mismos respondieron de manera incorrecta por encima del 60 % las preguntas 3; 4; 5; 7; 11; 14 y 15; y en un 100 % las preguntas 2; 6; 10; 12 y 13, estos resultados indicaron el desconocimientos sobre HBD.

Tabla 3. Necesidad de aprendizaje en padres.

Preguntas	Respuestas			
	Correctas		Incorrectas	
	Nº	%	Nº	%
1	54	48,21	58	51,79
2	0	0,00	112	100,00
3	16	14,29	96	85,71
4	38	33,93	74	66,07
5	30	26,79	82	73,21
6	0	0,00	112	100,00
7	32	28,57	80	71,43
8	76	67,86	36	32,14
9	85	75,89	27	24,11
10	0	0,00	112	100,00
11	44	39,29	68	60,71
12	0	0,00	112	100,00
13	0	0,00	112	100,00

14	36	32,14	76	67,86
15	14	12,50	98	87,50

N= 112

La tabla 4 muestra que el 100 % de los escolares presentaron HBD, 45 de ellos (40,18 %) con micrognatismo transversal superior y 76 (67,86 %) presentaron un inadecuado nivel de conocimientos, con relación al sexo se observó, solo un ligero predominio del sexo femenino para el micrognatismo transversal superior (42,62 %) y el inadecuado nivel de conocimientos (70,49 %).

Tabla 4. Frecuencia del micrognatismo transversal, el inadecuado nivel de conocimientos y los hábitos bucales deformantes según sexo.

Variables	Masculino		Femenino		Total	
	N=51		N=61		N=112	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Micrognatismo transversal	19	37,25	26	42,62	45	40,18
Inadecuado nivel de conocimientos	33	64,71	43	70,49	76	67,86
Hábitos deformantes	51	100	61	100	112	100

Discusión

Los ortodoncistas y estomatólogos tienen una gran responsabilidad, no solo con la corrección morfológica maxilar y dentoalveolar; sino también, en la detección de las causas de la alteración con el fin de eliminarlas lo más tempranamente y poder restablecer y/o mantener un equilibrio morfofuncional estable.

La interrelación que existe entre el conocimiento y la práctica de lo que aprendemos denota lo perjudicial o beneficioso que puede ser esto para la salud del hombre, así lo muestra un estudio realizado por Delgado Díaz, ⁽¹⁰⁾ donde la falta de conocimientos llevó a una práctica de HBD como respiración bucal, succión digital y empuje lingual, provocando micrognatismo transversal, resultados que coinciden con esta investigación. También Chávez González, ⁽¹¹⁾ denota en su estudio que el 57,10 % de los entrevistados tenían bajo nivel de conocimientos, y en su población de muestreo el 78,90 % presentó algún tipo de maloclusión.

Por su parte Lopes-Freir,⁽¹²⁾ manifestó que tanto alumnos como padres tenían bajo nivel de conocimientos sobre la respiración bucal, la succión digital y los hábitos posturales, elementos que coinciden con este estudio.

La prevención es el punto de partida para lograr un normal desarrollo y crecimiento craneofacial de los niños en su primera fase de vida. De esta manera se debe instruir a las madres para que adquieran las medidas y actitudes necesarias que estimulen el buen desarrollo craneofacial de sus niños.

La prevalencia de HBD y su forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, es de vital importancia para evaluar los conocimientos que sobre éstos presenta la población, así lo enuncia Córdova Veja,⁽¹³⁾ donde la necesidad de aprendizaje sobre HBD en la población de niños de ocho y once años fue elevada.

Un estudio realizado por Scruzzi,⁽¹⁴⁾ arrojó necesidad de aprendizaje sobre HBD en los alumnos y maestros, ello conllevó a alteraciones en el crecimiento y la contextura corporal. Similares resultados obtuvo Morera Pérez,⁽¹⁵⁾ donde encontró que el 70,00 % de los estudiados presentaban bajo nivel de conocimientos, al igual que el estudio realizado por ZahitAdisen.⁽¹⁶⁾

Las anomalías dentomaxilofaciales representan una desventaja social y psicológica, no solo por las limitaciones estéticas que producen sino por su relación directa con la presencia de problemas funcionales del sistema estomatognático; su tratamiento debe estar dirigido a la eliminación de los factores causales para así erradicar el problema.

Álvarez Utria,⁽¹⁷⁾ en su estudio encontró una elevada prevalencia de hábitos deletéreos en escolares de seis a nueve años siendo superior en el sexo femenino, donde predominaron la deglución atípica y la onicofagia siendo relevante el número de niños que practicaba a la vez dos o más hábitos.

Coincide con este estudio el realizado por Gomes do Nascimento Junior,⁽¹⁸⁾ con 76.00 % de pacientes con alteraciones dentomaxilofaciales, provocadas por hábitos, mientras que Cisneros Domínguez,⁽¹⁹⁾ demostró que al reducir las prácticas de HBD en 43,50 %, se logró una disminución de las maloclusiones y Leiva Villagra,⁽²⁰⁾ obtuvo iguales resultados y planteó que es fundamental el tratamiento interdisciplinario.

Los programas educativos encaminados a incrementar conocimientos sobre salud bucal y al fomento de hábitos bucales adecuados, posibilitan controlar o limitar la aparición de anomalías, que tantas alteraciones estéticas, funcionales y psíquicas traen consigo.

Se concluye que los escolares y padres presentaron un nivel de conocimiento inadecuado sobre hábitos bucales deformantes. Las principales necesidades de aprendizaje se relacionaron con el empuje lingual, respiración bucal, succión digital y posturas inadecuadas. Todos los escolares presentaron hábitos bucales deformantes con un ligero predominio en el sexo femenino para el micrognatismo transversal y el inadecuado nivel de conocimientos.

Referencias Bibliográficas

1. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Concepción Acosta RB. Dentomaxilofacial anomalies and its risk factors. Rev habancienméd 2015; 14(2): 179-187.
2. Ourens M, Celeste R, Hilgert JB, Lorenzo S, Hugo Fernando N, Álvarez Ramón. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. Rev. Odontoestomatología 2013; 15(spe): 47-57.
3. Barrios Vidal L, Gil D, Suarez V, Castañeda J. Anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años con respiración bucal. MediMay [Internet]. 2015 [citado 7/10/2016]; 21(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/871/1295>.
4. Vawter Lee MM, Shannon S, Cameron W. Thomas, Charu V. Clinical Reasoning: A neonate with micrognathia and hypotonic. Neurology 2016; 86(6): e80-e84.
5. Gómez Díaz O, Cárdenas Bocanegra G, GaglianoCanessa L, Barón Estrada O. Síndrome de mandíbula pequeña. En búsqueda de una herramienta diagnóstica. CirPlásIberolatinoam 2015; 41(3): 259-269.
6. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. RevMéd Electrón 2014; 36(4): 396-407.

7. González Acuña MÁ, JacardErgas MG, Werlinger Cruces FA, Calderón Vivanco N, Álvarez Palacios EA. Respiración oral y traumatismo dentoalveolar en niños de 6 a 14 años. Rev Cubana Estomatol 2014 Mar; 51(1): 35-42.
8. Otaño Lugo R. Manual clínico de ortodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
9. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Marín Masó GM, Masson Barceló RM, Montero del Castillo ME. Guías prácticas clínicas de la oclusión. En: Sosa González MC. Guías prácticas clínicas. La Habana: Ecimed; 2013.
10. Delgado Díaz Y, Díaz Ortega LA, González Valdés D, Alemán Sánchez PC. Comportamiento epidemiológico de la interposición lingual en deglución en niños de 3 - 14 años. Congreso Internacional de Estomatología 2015 [Internet]. 2015 [citado 8/11/2016]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/139/82>.
11. Chávez González Z, Corona Carpio M H, Duque de Estrada Bertot ML, Duharte Escalante A. Principales afecciones dentomaxilofaciales en estudiantes de 12 años de la Escuela Secundaria Básica Urbana Antonio Maceo Grajales. MEDISAN 2015; 19(4): 476-483.
12. Lopes-Freire GM, Cárdenas Cahuana AB, Espasa Suarez de Deza JE, Ustrell-Torrent JM, Butini Oliveira L, BojQuesada JR. Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. Progress in Orthodontics 2015; 16: 43.
13. Córdova Veja CM, Chapman Sánchez M, Toledo Aguilera B, Ortega Pérez L, Ruiz Campaña EE, Verdecia Gózales R. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 8-11 años de la escuela Ricardo Sartorio. IV Jornada Científica de la SOCECS [Internet]. 2015 [citado 19/1/2016]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi4yfCn24HhAhUhwIkKHW4DBLsQFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fsocecsholguin2015.sld.cu%2Findex.php%2Fsocecsholguin%2F2015%2Fpaper%2Fdownload%2F98%2F138&usg=AOvVaw2xpxrBI-vngEac0xFu-ch3>.
14. Scruzzi G, Cebreiro C, Pou S, Rodríguez Junyent C. Salud escolar: una intervención educativa en nutrición desde un enfoque integral. Cuad.inf. 2014; 35: 39-53.

-
15. Morera Pérez A, Sexto Delgado N, Yanes Tarancón B, Casanova Lezcano A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *Medisur* 2016; 14(2): 143-153.
16. Mehmet Zahit A, Misirlioglu M. Prevalence of ponticulus posticus among patients with different dental malocclusions by digital lateral cephalogram: a comparative study. *Surgical Radiologic Anatomy* 2016; 39(3): 293-297.
17. Álvarez Utria Y, González Rodríguez Y, Ureña Espinosa M, Rodríguez González Y. Prevalencia de hábitos deformantes bucales en escolares de seis a nueve años. *Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2016 [citado 2017/3/24]; 41(8): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/download/843/pdf_316.
18. Gomes do Nascimento JW, Nascimento de Souza PG, Vessonilwaki C, Chicarelli da Silva M, Amoroso Silva PA, de Souza Tolentino E. Prevalencia de alteraciones en el complejo estilo hiodeo en radiografías panorámicas digitales. *Rev Cubana Estomatol* 2015; 52(2): 135-142.
19. Cisneros Domínguez G, Falcón Llanes E, Padilla Gómez Ernesto R, Blanco Marrades J. Hipnoterapia en niños de 7-12 años con succión digital. *MEDISAN* 2015; 19(5): 609-618.
20. Leiva Villagra NL, Véliz Méndez Sebastián A, González Escobar LE, Salazar Ponce CA. Síndrome Gorlin-Goltz asociado a fisura labiopalatina bilateral. *Rev Cubana Estomatol* 2015; 52(2): 188-195.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.