



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO QUE DERIVAN EN
MALOCLUSIÓN.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JOCELYNE SELENE MORALES RAMÍREZ

TUTORA: Esp. FABIOLA TRUJILLO ESTEVES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



A mis padres Araceli y Vicente, por todo el amor y apoyo que día a día me demuestran. Por el esfuerzo y sacrificio que han hecho para que yo pudiera concluir mis estudios. Por ayudarme a ser una mejor persona, Gracias por cada uno de los valores que me inculcaron. Por ser mi gran ejemplo de vida y mi gran motor. Sin ustedes, nada de esto sería posible.

A mi hermano Bruno, por todo el apoyo, las risas, los regaños y las enseñanzas. Sin ti mi vida no sería la misma. Eres un gran ejemplo para mí y una gran motivación para seguir adelante.

A mi maestra de 1ro y 6to de primaria, por sus grandes enseñanzas, por la paciencia y por todo el conocimiento transmitido en cada una de sus clases.

A Vic, que siempre estuviste para mí, me apoyaste aunque estuviéramos de polo a polo. Gracias por ser un segundo padre para mí. Aunque ya no en cuerpo presente, sé que siempre estás conmigo.

A Alan Hernández, porque sin ti nada habría sido igual. Por todo el apoyo que siempre me brindaste, por caminar a mi lado aun en los momentos más difíciles de la carrera, por creer en mí, por darme la motivación que algunos días necesitaba para regresar al aula, por no dejar que me diera por vencida. Por eso y más, ¡Gracias!

A mi shifu Andrés Villavicencio, por ser un gran amigo, por estar ahí a mi lado, por ayudarme a fortalecer mi mente y espíritu, lo cual ha tenido una gran influencia en toda mi vida y sobre todo en mi carrera. Por cada entrenamiento que día a día me hace una mejor persona en todos los sentidos.



A mis amigos de la facultad, por acompañarme en esta gran aventura, por brindarme su amistad, su apoyo y su confianza. Por motivarme cuando ya no podía más. Ha sido un placer coincidir con ustedes, la facultad no habría sido lo mismo.

A mis doctores, por las enseñanzas y los conocimientos transmitidos, por la paciencia, entusiasmo y la pasión que algunos demuestran.

A mi doctora Verónica Aguilar, por enseñarme con su claro ejemplo que la odontología no sólo son dientes, sino humildad, amor, entrega, solidaridad, pasión, agradecimiento, bondad, gratitud, igualdad. Por ser una persona excepcional.

A mi tutora, por transmitirme su gran conocimiento, por sus enseñanzas y sus regaños. Por su paciencia y entusiasmo. Gracias por ser una excelente doctora, maestra y persona.

A mi universidad, por brindarme esta gran aventura y hacer posible mi sueño.



INDICE

INTRODUCCIÓN

PROPÓSITO

OBJETIVO

CAPÍTULO I. TÉRMINOS GENERALES

1.1 Salud	10
1.2 Enfermedad	10
1.3 Salud bucodental	10
1.4 Oclusión.....	11
1.5 Maloclusión.....	11
1.6 Hábito	11

CAPÍTULO II. FACTORES DE RIESGO

2.1 Factores de riesgo modificables	13
2.1.1 Dieta	13
2.1.2 Mala higiene bucal.....	13
2.1.3 Caries dental	14
2.1.4 Pérdida prematura de dientes primarios.....	15
2.1.4.1 Importancia de la pérdida prematura de dientes primarios	15
2.1.4.1.1 Incisivos primarios	15
2.1.4.1.2 Caninos primarios	15



2.1.4.1.3 Primer molar primario	16
2.1.4.1.4 Segundo molar primario.....	16
2.1.5 Hábitos	17
2.1.5.1 Succión digital	18
2.1.5.2 Uso del chupón-chupete	19
2.1.5.3 Succión de labio	20
2.1.5.4 Interposición lingual	21
2.1.5.5 Onicofagia	22
2.1.5.6 Respirador bucal	22
2.1.5.7 Deglución atípica.....	24
2.1.5.8 Bruxismo	24
2.1.6 Postura corporal.....	25
2.2 Factores de riesgo no modificables	27
2.2.1 Agenesia.....	27
2.2.2 Supernumerarios	27
2.2.3 Geminación y Fusión.....	28
2.2.4 Erupción ectópica y retención	28
2.2.5 Frenillo labial y lingual	28
2.2.6 Longitud de arcos dentarios	29



CAPÍTULO III. PREVENCIÓN

3.1 Niveles de prevención	31
3.1.1 Primer Nivel.....	32
3.1.1.1 Herencia.....	32
3.1.1.2 Asesoramiento genético.....	32
3.1.1.3 Cuidados durante el embarazo	33
3.1.1.4 El parto.....	33
3.1.1.5 Lactancia materna.....	34
3.1.2 Segundo Nivel	36
3.1.2.1 Alimentación.....	36
3.1.2.2 Higiene bucal	38
3.1.2.3 Caries dental	39
3.1.2.4 Mantenimiento del espacio y longitud de la arcada.....	41
3.1.3 Tercer Nivel	43
3.1.3.1 Aparatos funcionales.....	43
3.1.3.2 Tallado selectivo	43
3.2 Medidas preventivas según la edad.....	45
3.3 Consejos de prevención para padres	46

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



INTRODUCCIÓN

La oclusión es la correcta relación que existe entre la arcada superior y la arcada inferior junto con la intercuspidadación que se observa al momento del cierre entre los dientes superiores e inferiores. La oclusión interviene en la función masticatoria, la respiración, la fonación, la deglución y en el crecimiento de los maxilares, en caso de que alguno de estos factores se vea afectado se observará una maloclusión, que no es más que una desviación o alteración en la posición ideal de los dientes y los maxilares.

Según la OMS, las maloclusiones, por su prevalencia, ocupan el tercer lugar de las enfermedades bucales. Éstas se pueden presentar debido a diversos factores de riesgo.

Numerosos factores influyen en el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales durante la dentición primaria, mixta y secundaria. Estos factores se dividen en: factores de riesgo modificables y factores de riesgo no modificables.

Los factores de riesgo modificables se presentan por una práctica o estilo de vida adquirida por el individuo, el cual aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad. Debido a que son prácticas adquiridas por el individuo, es posible cambiar estos comportamientos y así reducir el riesgo que estos proporcionan.

Los principales factores modificables son: alimentación inadecuada con alto consumo de carbohidratos, higiene bucal nula o deficiente, caries bucal, pérdida prematura de dientes primarios y hábitos orales.



Los factores de riesgo no modificables son las características que presenta el individuo en las cuales éste no tiene ningún tipo de influencia. Los principales factores no modificables que se presentan son: Herencia, agenesia, presencia de dientes supernumerarios, geminación y fusión, erupción ectópica de dientes y retención, inserción de frenillo labial y lingual, longitud de arcos dentarios, problemas respiratorios y enfermedades degenerativas.

Es importante que el odontólogo aprenda a identificar los factores de riesgo que presente el paciente y así lograr la prevención desde la atención primaria.

En el área de la salud existen cinco niveles de prevención, pero en la rama odontológica sólo se utilizarán tres, debido a que el cuarto y quinto nivel abarcan el tratamiento ortodóntico y la cirugía.

El primer nivel se refiere a la promoción de la salud, que comprende medidas destinadas a mejorar la salud del individuo; el segundo nivel se refiere a la protección específica, aquí se usarán todas las medidas necesarias para prevenir una enfermedad específica, en este caso, la maloclusión; y el tercer nivel se refiere al diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad.



PROPÓSITO

Identificar los factores de riesgo que pueden provocar maloclusiones y así lograr la prevención temprana desde el nacimiento.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo que derivan en maloclusión y determinar los niveles de prevención.



CAPÍTULO I. TÉRMINOS GENERALES

1.1 Salud

Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez.

1.2 Enfermedad

Es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar.

Pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, la estructura y la función del organismo.

1.3 Salud bucodental

La salud bucodental o la salud bucal es el estado psicosocial y biológico de un individuo y su grupo que le permite lograr:

- La mayor permanencia posible de los dientes y funcionamiento eficaz de las estructuras de soporte y tejido de los mismos.
- Funcionamiento eficaz de la cavidad bucal, de cara y cuello, y de las interrelaciones de éstos con el complejo orgánico individual.
- Calidad estética dental y bucal según las pautas culturales del grupo.
- Motivación y capacidad para elegir el consumo de alimentos y la expresión oral como actividades básicas para la vida y la interacción social. ¹



1.4 Oclusión

La oclusión comprende no sólo la relación y la interdigitación de los dientes, sino también las relaciones de éstos con los tejidos blandos y duros que los rodean. ²

1.5 Maloclusión

La maloclusión es una alteración del crecimiento óseo del maxilar, la mandíbula y/o de las posiciones dentarias las cuales impiden una correcta función del aparato masticatorio. ³

1.6 Hábito

Es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente. ⁴



CAPÍTULO II. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos que le confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud.

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria.⁵ Es importante detectar los factores de riesgo desde la atención primaria, realizando una labor promotora y preventiva, con el objetivo de evitar desviaciones futuras, las cuales traerán afectaciones psicológicas, estéticas y funcionales.

Numerosos factores de riesgo influyen en el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales en la dentición primaria, mixta y secundaria, así como en todo el sistema dentomaxilofacial. Algunos son: herencia, ausencia de lactancia materna, enfermedades nasofaríngeas, traumas dentales y la presencia de caries dental.

Los factores de riesgo son de tipo local si involucran aspectos dentales, dentoalveolares, maxilares y/o faciales y de tipo general cuando hay una predisposición a presentar anomalías dentomaxilofaciales por alteraciones sistémicas o disfuncionales.⁶

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su efecto nocivo para la salud.⁵

Algunos factores como la edad y las condiciones hereditarias se conocen como factores de riesgo no modificables.



Un factor de riesgo modificable puede ser una práctica o un estilo de vida que afecta la posibilidad de contraer una enfermedad, incluidas las enfermedades orales. Estos se consideran modificables, ya que los individuos a menudo pueden cambiar estos comportamientos.

Los principales factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades orales son las dietas con alto contenido de azúcar, mala higiene bucal, caries dental y pérdida prematura de dientes.

2.1 Factores de riesgo modificables

2.1.1 Dieta

El consumo de cantidades excesivas de azúcar de los bocadillos, alimentos procesados y bebidas no alcohólicas es un factor de riesgo importante para la enfermedad oral.

El consumo de azúcar cambia la mezcla de bacterias en la boca hacia bacterias que convierten los azúcares en ácidos que comienzan a disolver el esmalte dental. Tener azúcar a lo largo del día aumenta la frecuencia de los ataques de ácido, así como el riesgo de desarrollar caries.

2.1.2 Mala higiene bucal

Una mala higiene oral tiene consecuencias a largo plazo en la boca, la mente y el cuerpo.

Puede conducir a la acumulación de bacterias dañinas formadoras de placa. Cepillarse los dientes dos veces al día con pasta dental con fluoruro, ayuda a reducir las bacterias y a prevenir la formación de placa.⁷

2.1.3 Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa y transmisible, causada por bacterias que se adhieren a la película adquirida del esmalte y colonizan la superficie dental. Una vez que se constituye la biopelícula, las bacterias metabolizan los hidratos de carbono disponibles y liberan ácidos orgánicos que propician la desmineralización del esmalte.⁸

La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana provocan la ruptura de las estructuras dentarias, lo que propicia el desarrollo de caries y dolor, esto hace que disminuya la calidad de vida en lo que respecta a la salud bucal y en una etapa avanzada, ocasiona pérdida de dientes e infección sistémica.⁹

Se estima que, en todo el mundo, unos 2400 millones de personas adultas padecen caries en los dientes permanentes, y 486 millones de niños sufren de caries en los dientes temporales.

Se debe prevenir la aparición de caries en los dientes temporales, ya que gracias a estos se mantiene naturalmente el espacio necesario para la erupción y ubicación adecuada de los dientes permanentes, no sólo es saludable sino una premisa obligatoria para mantener una oclusión correcta.

¹⁰ Fig.1

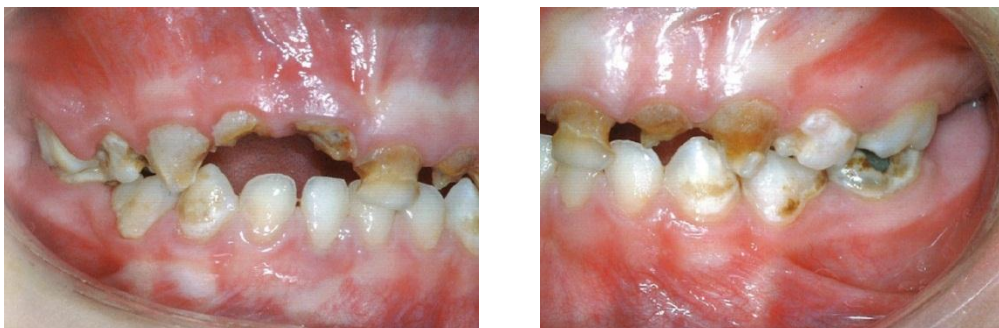


Figura 1. Lesiones cariosas múltiples extensas de evolución rápida.¹¹



2.1.4 Pérdida prematura de dientes primarios

La pérdida prematura de los dientes primarios es otra causa local de alteraciones de la oclusión.

Los dientes primarios desempeñan un papel muy importante en el mantenimiento de la longitud del arco, la pérdida precoz provoca una disminución del espacio reservado para el sucesor secundario, debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada.

Los efectos perjudiciales a largo tiempo varían y dependen de una serie de circunstancias, como el grado de desarrollo del sucesor secundario, el tipo de diente primario que se pierde, las características previas existentes en la arcada y el momento en el cual el paciente acude al estomatólogo.¹²

2.1.4.1 Importancia de la pérdida prematura de dientes primarios

2.1.4.1.1 Incisivos primarios

La pérdida de incisivos primarios no suele ser motivo de preocupación. Si un incisivo primario se pierde antes de los 4 años se deben de tomar radiografías del incisivo secundario en desarrollo y observar el espacio regularmente.

2.1.4.1.2 Caninos primarios

Cuando se pierden, pueden ser asunto de mayor preocupación. Si el canino primario es eliminado antes que el central y el lateral se hayan juntado, puede permitir una separación permanente de los dientes anteriores.



La extracción del canino primario para lograr el alineamiento incisivo debe ser correlacionada con un aparato para impedir la inclinación lingual de los incisivos.

2.1.4.1.3 Primer molar primario

Su pérdida no es tan dañina como la del segundo molar primario.

Si se pierde durante la erupción activa del primer premolar, hay poca probabilidad de pérdida del perímetro del arco.

Si se pierde antes del comienzo de la erupción del primer premolar, puede ocurrir pérdida del perímetro.

2.1.4.1.4 Segundo molar primario

La pérdida temprana de este diente permitirá de inmediato que se recorra hacia adelante el primer molar secundario, aun cuando éste no haya erupcionado.

La pérdida puede producir modificaciones del arco dental con los siguientes efectos específicos: cambios en la longitud del arco dental y oclusión, mala articulación de los fonemas.

Todos estos cambios serán resueltos con el trabajo de la ortodoncia preventiva, la cual se lleva a cabo con la colocación de diversos aparatos, entre ellos los mantenedores de espacio, cuya finalidad es la de ayudar a prevenir casos de anomalías de oclusión que se pueden presentar en cavidad oral como giroversiones o apiñamientos. ¹³



2.1.5 Hábitos

Son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente.

Los hábitos bucales se han considerado factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. Éstos obstaculizan el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional.⁸

Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.

En la actualidad existe una gran diversidad de hábitos nocivos que están desencadenando multiplicidad de alteraciones maxilo-faciales, musculares, óseas y dentales.

Los hábitos se pueden clasificar en dos grupos: beneficiosos y perniciosos. Los hábitos beneficiosos favorecen y estimulan el desarrollo normal como: la masticación, la deglución y la respiración normal.

Los hábitos perniciosos resultan de la perversión de una función normal, o se adquieren por la repetición de un acto que no es funcional ni necesario.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- Intensidad: fuerzas aplicadas a los dientes y músculos durante la ejecución del hábito.



- Frecuencia: número de veces que el hábito es practicado durante el día.
- Duración: cantidad de tiempo en cada evento del hábito.⁸

2.1.5.1 Succión digital

La succión digital es un reflejo que aparece en la decimosegunda semana de vida intrauterina la cual le permite al recién nacido satisfacer la necesidad de alimentarse y al mismo tiempo sostener contacto con el mudo externo.

Se considera normal la succión durante el primer año de vida, posteriormente el niño ira abandonando el hábito de forma gradual hacia los dos años. Si el hábito persiste, puede provocar diferentes alteraciones dentomaxilofaciales.¹⁴

Las malformaciones que se desarrollan a causa de la succión digital son más severas que las producidas por el uso del chupón, ya que el dedo ejerce más presión sobre la premaxila.

- Incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados
- Overjet marcado
- Paladar profundo y estrecho
- Rugas palatinas hipertróficas.
- Mordida cruzada unilateral o bilateral.
- Acortamiento del labio superior.
- Labio inferior evertido e hipotónico.
- Acortamiento de la musculatura suprahiodea, limitando la masticación.
- Elongación de músculos elevadores de la mandíbula que ocasionan alteración en el tono muscular y respiración bucal.
- Posición anterior de la lengua en reposos para dar lugar al sellado.

- Distalización mandibular.
- Aumento de ángulo nasolabial. ¹⁵

La duración del hábito es importante ya que si éste se elimina antes de los tres años de edad, presentará menos alteraciones esqueléticas y malformaciones en edades posteriores. ¹⁶ Fig.2

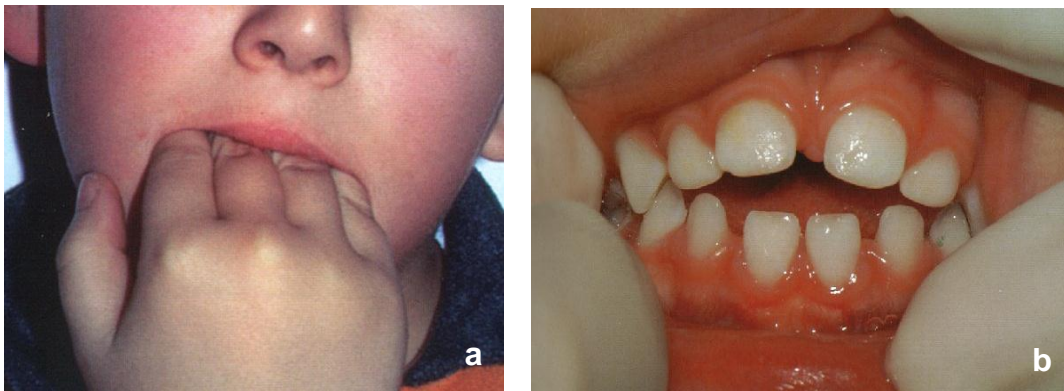


Fig. 2 hábito de succión digital (a). Mordida abierta por succión digital (b).¹¹

2.1.5.2 Uso del chupón-chupete

El chupete es un accesorio frecuente, sobre todo en los niños menores de 2 años de edad.

Durante la dentición primaria, el uso prolongado del chupete puede provocar: mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, disminución de la distancia entre caninos superiores, relación del canino en clase III y aumento en el overjet. ¹⁷ Fig. 3

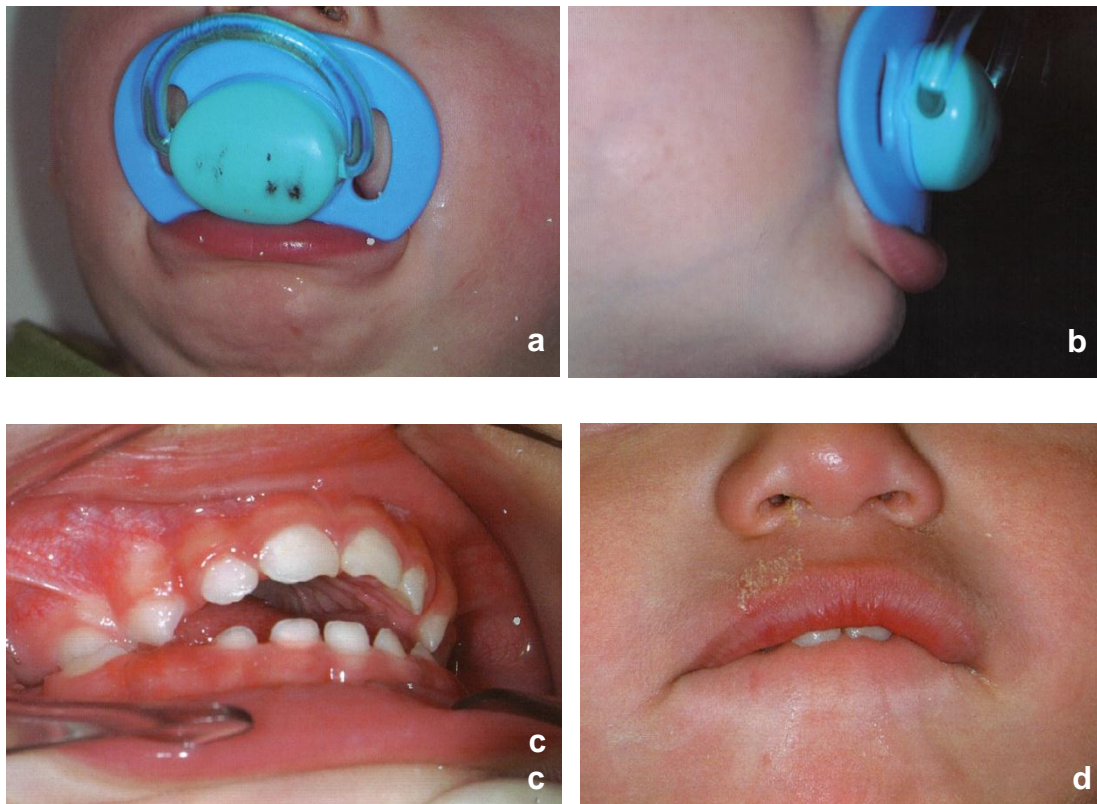


Fig. 3 Uso del chupete en posición incorrecta. (a, b) Deformación ósea causada por el uso del chupete (c).¹¹

2.1.5.3 Succión de labio

Los labios normalmente contactan entre sí sin esfuerzo. Cuando el labio inferior se interpone entre los dientes provoca una fuerza que lleva a los dientes superiores hacia adelante y a los inferiores hacia adentro. El labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietada.¹⁸ Fig. 4



Fig. 4 Succión de labio inferior (a). Irritación por succión labial (b).
Mordida abierta por succión labial (c). Mal posición dental por succión labial. ¹¹

2.1.5.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.

En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.



En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria. ¹⁹

2.1.5.5 Onicofagia

Se define como la costumbre de incidir, cortar o roer las uñas con los dientes, lo cual provoca heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones.

La Onicofagia se presenta generalmente en edades tempranas como la infancia y la adolescencia, aunque también se puede encontrar, en menor porcentaje, en individuos de edad adulta.

Este hábito influye negativamente, pues ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, el cual puede causar modificaciones estéticas visibles en la sonrisa. ²⁰

Las complicaciones principales asociadas a este hábito son:

- Heridas en la cutícula y sangrado en los bordes de las uñas.
- Deformidades en los dedos.
- Infecciones por hongos o bacterias.
- Reabsorciones radiculares.
- Fracturas en los bordes de los dientes y lesiones en la encía. ¹⁷

2.1.5.6 Respirador bucal

La respiración nasal es una función vital para el ser humano. Alrededor de la 37ª semana de vida intrauterina, las estructuras envueltas en el proceso se presentan bien desarrolladas y aptas para iniciar su función.



La respiración bucal es aprendida después del nacimiento, ya que el bebé descubre que puede respirar por la boca cuando por alguna razón las vías respiratorias están impedidas o limitadas.

Las causas de la respiración bucal pueden ser de origen inflamatorio/infeccioso, neoplásico, traumático o por problemas endocrinos y metabólicos.

En pacientes con respiración bucal se pueden presentar algunas características típicas como:

- Ojeras.
- Cara inexpresiva.
- Hueso cigomático poco desarrollado.
- Desarrollo incompleto del tercio medio de la cara.
- Paladar ojival.
- Mordida cruzada posterior y abierta anterior.
- Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
- Incompetencia labial.
- Hipotonía labial y lingual.
- Postura corporal inadecuada.¹⁷

La respiración bucal puede manifestarse en cualquier edad, sus repercusiones son más evidentes en el niño durante su desarrollo, estando en dependencia de su continuidad. El hábito no solo trae consecuencias perniciosas en el complejo dentomaxilofacial, si no que cuando se presenta en el lactante, éste no puede ser amamantado durante largo tiempo, se interrumpe con frecuencia para respirar por la boca, se altera su nutrición, al no recibir las calorías necesarias para su desarrollo. Lo mismo ocurre en etapas posteriores al comer con dificultades y no masticar bien los alimentos,

por tal motivo esto influye en el organismo, donde se producen alteraciones que interactúan unas con otras. ²¹

2.1.5.7 Deglución atípica

Consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución.

La deglución atípica se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias. La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución. ²² Fig. 5

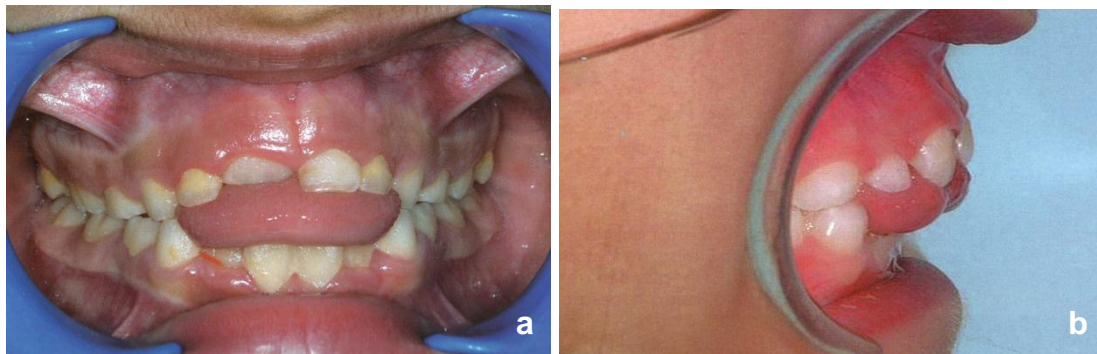


Fig. 5 La lengua se interpone sobre las arcadas durante la deglución (a). Deformación por el apoyo de la lengua sobre los incisivos inferiores (b). ¹¹

2.1.5.8 Bruxismo

Este hábito provoca desgastes dentarios y da lugar a una oclusión inestable, también origina desviaciones funcionales de la mandíbula, es importante no confundir con el desgaste fisiológico, ya que éste es fundamental para que exista una oclusión correcta.

Se puede desencadenar por interferencias dentarias, problemas sistémicos o estrés.

Generalmente se produce durante el sueño, pero también se puede presentar durante el día.²³ Fig. 6



Fig. 6 Bruxismo dental.¹¹

2.1.6 Postura Corporal

Se le llama postura a la posición habitual del cuerpo parado libremente, sin tensión muscular adicional alguna. Para determinar la postura se tienen en cuenta las disposiciones de la cabeza, cintura escapular, extremidades superiores e inferiores, así como la configuración de la columna vertebral, el ángulo de inclinación de la cadera y las formas del tórax y el abdomen.

La postura depende del estado del aparato neuromuscular, del grado de desarrollo de los músculos del cuello, la espalda, el pecho, el abdomen y las extremidades inferiores, así como de las posibilidades funcionales de la musculatura y su capacidad para soportar una tensión estática prolongada.²⁴

Una postura adecuada es aquella capaz de mantener la alineación de los segmentos corporales con un mínimo gasto de energía posible. Si la postura no es correcta, los músculos no trabajarán de forma simultánea, lo cual tendrá un efecto negativo en el sistema óseo, en la morfología cráneo-facial y en la postura de la cabeza.



Los inconvenientes en la postura corporal comienzan en la infancia, debido a la adopción de posturas incorrectas no corregidas oportunamente. Esto ocasiona problemas a nivel cráneo-facial y origina alteraciones funcionales, estructurales, fonéticas y estéticas, entre otras.

Los músculos posturales mandibulares son parte de la cadena muscular que permite al individuo permanecer de pie con la cabeza erguida. Cuando se producen cambios posturales, las contracciones musculares a nivel del sistema estomatognático cambian la posición mandibular, porque la mandíbula busca y adopta nuevas posiciones ante la necesidad de funcionar, debido a esto, una postura incorrecta es considerada como factor etiológico de maloclusiones, ya que modifica de forma instantánea la relación entre la maxila y la mandíbula.

Una maloclusión dental no sólo se puede relacionar con la posición de la mandíbula y del cráneo, sino también con la columna cervical, las estructuras supra e infrahioides, los hombros, la columna torácica y lumbar, que simultáneamente funcionan como una unidad biomecánica.

La columna vertebral juega un papel muy importante en la postura corporal y al estar alterada se puede presentar de tres formas:

- a) Tipo descendente: donde el origen puede ser un problema de maloclusión dental o de la articulación temporomandibular.
- b) Tipo ascendente: donde el origen puede estar relacionado con problemas de los miembros inferiores, en la columna o en el apoyo plantar.
- c) Tipo mixto: donde participan los dos anteriores.²⁵



2.2 Factores de riesgo no modificables

2.2.1 Agenesia

Es la ausencia de la formación de un germen dentario secundario.

Los dientes que frecuentemente presentan agenesia son los segundos premolares inferiores, incisivos laterales y terceros molares.

En estos casos se debe evaluar los tratamientos posibles y prever el desgaste o la posible pérdida del diente deciduo que esté sustituyendo el espacio del diente ausente.

2.2.2 Supernumerarios

Estos dientes pueden afectar la formación y la ubicación de un diente secundario. Los supernumerarios que se presentan con más frecuencia son los mesiodens, los cuales pueden producir diastemas y protusión o rotación de los incisivos permanentes.

Estos dientes deben extraerse en todos los casos y posteriormente se tratarán sus secuelas con aparatología ortodóncica. ¹⁴ Fig. 7



Fig. 7 Presencia de mesiodens. ¹¹



2.2.3 Geminación y Fusión

En la geminación, el germen dentario se divide en dos, generalmente a la altura de la corona. La fusión se trata de la unión parcial o total de dos gérmenes dentarios.

Ambas anomalías pueden producir alteraciones en la forma de los arcos, en la alineación de las piezas dentarias y la relación de la oclusión.

2.2.4 Erupción ectópica y retención

Se producen por gérmenes en mala posición o por barreras mecánicas que se presentan en el trayecto de erupción del diente.

Se estima que entre 3% y 4% de la población presenta impactación del primer molar superior permanente por una falta de crecimiento del maxilar o por una convexidad excesiva de la corona del diente temporal contiguo.

2.2.5 Frenillo labial y lingual

El frenillo labial es una lámina fibrosa de tejido conjuntivo. Cuando existe una baja inserción, la cual se extiende de la papila palatina al labio superior, puede existir un diastema interincisivo. Fig. 8

El Frenillo lingual puede producir un diastema interincisivo, también provoca que la lengua quede en forma de V y en movimientos laterales gire sobre sí, lo que conlleva a un maxilar estrecho por la posición baja de la lengua.¹⁴ Fig.

9



Fig. 8 Frenillo Bucal. ¹¹



Fig. 9 Frenillo Lingual. ¹¹

2.2.6 Longitud de arcos dentarios

Es importante evaluar la longitud de los arcos dentarios para saber si habrá espacio suficiente para la erupción de los dientes secundarios, para esto se debe tener en cuenta ciertos factores como: Fig. 10

- Presencia o ausencia de espacios fisiológicos.
- Presencia de caries y pérdida prematura de dientes temporales.
- Tamaño de los arcos dentarios.
- Secuencia de erupción de los dientes permanentes.
- Discrepancia de las piezas dentarias con respecto al hueso basal. ¹⁴



Fig. 10 Erupción ectópica por ausencia de espacios fisiológicos (a).
Apiñamiento por ausencia de espacios fisiológico (b). ¹¹



Al momento de realizar la exploración bucal se debe observar que estén presentes todos los espacios que darán paso a una correcta erupción de los dientes secundarios.

- Espacios fisiológicos. Espacios iguales o mayores de 0.5 mm
- Espacios primates.
 - Maxilar. Espacios que se encuentran entre los incisivos laterales y caninos
 - Mandibular. Espacios que se encuentran entre los caninos y primeros molares. ¹⁷



CAPÍTULO III. PREVENCIÓN

La prevención desempeña un papel fundamental destinado a evitar las maloclusiones, teniendo un objetivo fundamentalmente profiláctico. Comprende el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático; el empleo de mantenedores de espacio en casos de pérdida prematura de dientes temporales; la extracción de supernumerarios o cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes u otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.

Se considera que muy pocas de las maloclusiones son prevenibles, pero 25% de éstas pueden ser interceptadas, y a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos para mejorar la oclusión en los pacientes.²¹

3.1 Niveles de Prevención

- Primer nivel: Promoción de la salud. Es un nivel inespecífico. Comprende aquellas medidas destinadas a mejorar la salud de la población en general.
- Segundo nivel: Protección específica. Son las dirigidas a prevenir una enfermedad en particular.
- Tercer nivel: Diagnóstico y tratamiento precoz.
- Cuarto y quinto nivel: Su fin es limitar el grado de incapacidad producida por la enfermedad. Tratamiento ortodóntico convencional y rehabilitador.⁸



3.1.1 Primer Nivel

3.1.1.1 Herencia

La carga genética influye de una forma decisiva en la mayoría de las maloclusiones junto con diversos factores ambientales que matizan su expresión final en la morfología oclusal.

Actualmente se sabe que la maloclusión está determinada por dos factores: Herencia y Ambiente, y la interacción recíproca de éstos dependerá el desarrollo de una maloclusión.

Sobre este factor sólo se podrá actuar con la detección precoz y el consejo genético, aunque en un futuro próximo y según los recientes descubrimientos del genoma humano sea posible influir directamente a nivel genético para prevenir las maloclusiones a este nivel.

3.1.1.2 Asesoramiento genético

Es la orientación que reciben las parejas respecto al riesgo de tener descendencia con problemas genéticos o enfermedades hereditarias.

Para determinar el origen de un posible problema se deberá tener la historia familiar completa para así indagar sobre los posibles factores causales genéticos o ambientales y determinar el riesgo de presentar una malformación.

En los últimos años, gracias al desarrollo genético y diagnóstico prenatal, es posible aconsejar a la madre sobre los cuidados necesarios para disminuir el riesgo a una posible malformación congénita.¹⁴



3.1.1.3 Cuidados durante el embarazo

La madre deberá realizar visitas periódicas al médico, tener una nutrición adecuada y equilibrada, desarrollar su actividad normal sin excesos, aplicarse vacunas y evitar exponerse a factores exógenos.

El uso de medicamentos durante el embarazo tendrá repercusiones según el periodo de gestación en el que se consuman. Si existe la necesidad de tomar un medicamento, éste deberá ser el más seguro, con dosis mínima efectiva y durante el menor tiempo posible.

Existen malformaciones congénitas que tienen manifestaciones bucales como: fisura labiopalatina y síndrome de alcohol fetal, en éstas el ortodoncista formará parte del equipo interdisciplinario.

3.1.1.4 El parto

Cuando éste no sucede con normalidad, las maniobras utilizadas para que suceda podrán provocar trastornos que afectan el crecimiento y el desarrollo de los maxilares.

El fórceps obstétrico es una pinza que se utiliza para tomar el polo cefálico con el fin de cumplir los mecanismos del parto y sustituir la fuerza impulsora.

El parto con fórceps obstétrico se realiza cuando hay sufrimiento fetal, para mejor control de la cabeza o cuando la madre no puede pujar de manera adecuada. En ocasiones, el uso de los fórceps puede producir lesiones en los nervios faciales, los cuales provocan dificultad para succionar, aplanamiento del pliegue nasolabial y caída de la comisura labial. También se pueden producir lesiones en tejidos blandos de la cara, fracturas craneanas y lesiones en la ATM, lo cual podrá generar asimetrías e hipoplasia mandibular (fig.11).¹⁴

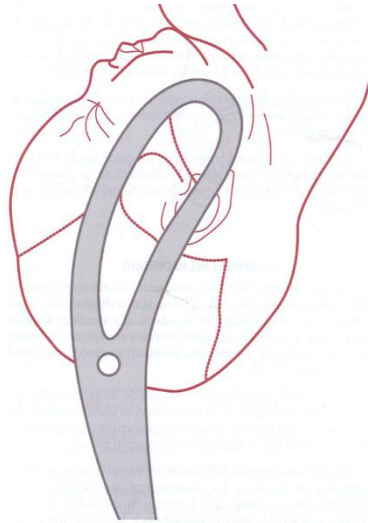


Fig. 11 Fórceps Obstétrico.

3.1.1.5 Lactancia materna

El amamantamiento proporciona propiedades nutritivas e inmunológicas, además del lazo afectivo entre madre-hijo, contribuye a lograr la posición adecuada de la mandíbula en relación mesial.

La OMS y la UNICEF recomiendan la lactancia materna desde la primera hora de vida, en forma exclusiva hasta los seis meses, cuando el niño lo reclame, de día y de noche. Posteriormente con la incorporación de otros alimentos se continuará la lactancia hasta los dos años.

El amamantamiento debe realizarse con el niño en posición vertical para favorecer los movimientos mandibulares hacia adelante, abajo y atrás, los cuales constituyen estímulos de crecimiento y desarrollo para la mandíbula y la musculatura.

El tiempo aconsejable para este acto es de 15 a 20 minutos para cada pecho.¹³



Cada vez que el bebé lacta del pecho materno realiza un gran esfuerzo y debido a esto el bebé acaba cansado. Este acto creará respuestas paratípicas de crecimiento y desarrollo, como son el crecimiento anteroposterior y transversal de la mandíbula, diferenciación de las articulaciones temporomandibulares y desarrollo de los músculos pterigoideos.

Cuando un bebé se alimenta por medio del biberón, la actividad neuromuscular que se produce es mínima y apenas existen movimientos anteroposteriores de la mandíbula. Con éste no hace falta tener un cierre hermético de los labios, la mandíbula se posiciona a distal del maxilar y la lengua se posiciona plana con su punta contra la eminencia alveolar superior para frenar el flujo excesivo de leche que pueda tener el biberón.

La alimentación con biberón no permite que los músculos maseteros, temporales, pterigoideos, orbicular, mentoniano, infra/suprahioideos, sean desarrollados ni tonificados de manera correcta, de forma que, en el momento en que la dentición primaria comience a trabajar, los músculos no tendrán suficiente fuerza para desgastar el esmalte de los dientes primarios, provocando que los caninos no desgastados interfieran en los movimientos de lateralidad.²⁶

En caso de que sea necesario alimentar al niño por medio del biberón, se deberá verificar que tenga ciertas características como: tetina anatómica con punta aplanada en su parte inferior y redondeada en la superior, ésta con el orificio pequeño para evitar que la lengua adopte una posición incorrecta con el objetivo de regular la salida de la leche (fig.12).¹³

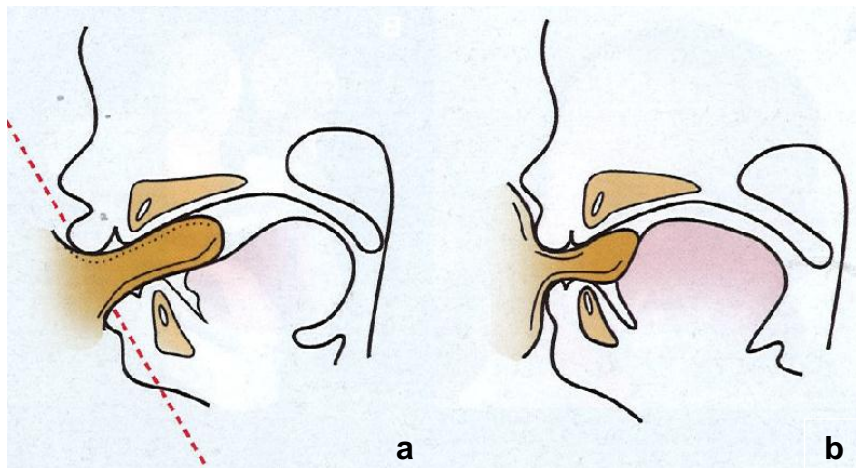


Fig. 12 Tetina normal (a). Tetina anatómica (b).¹³

3.1.2 Segundo Nivel

3.1.2.1 Alimentación

La OMS recomienda que en los primeros 6 meses de vida el bebe reciba exclusivamente leche materna, debido a que este alimento provee todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

A partir de los 6 meses se puede comenzar con la introducción de alimentos complementarios. Se iniciará con alimentos de consistencia pastosa espesa como purés o papillas (fig.13).¹⁷

Cuando erupcionan los primeros molares temporales y se produce el primer contacto oclusal, el niño ya es capaz de masticar, en este momento es importante cambiar la alimentación a una dieta sólida. Si el niño continúa tomando una alimentación blanda se producirá una masticación con empleo del músculo temporal en lugar de una masticación con los músculos maseteros.²



Sugerencias de alimentación

Edad (meses)	Alimentación
0-6	Lactancia materna
6-7	Lactancia materna Comida con sal (sopa licuada) Puré de fruta (postre) Jugos de fruta
7-8	Leche materna 2 comidas con sal (sopa amasada) 2 purés de fruta (postre) 2 jugos de fruta
8-12	Leche materna 2 comidas con sal (sopa en pedazos) 2 purés de fruta (postre) 2 jugos de fruta
12-36	2 comidas con sal Incluir huevo y queso Frutas (postre, lunch y jugos) Leche (500-600ml/día)

Fig. 13 Dieta recomendada en el niño de los 0 a 3 años. ¹⁷

3.1.2.2 Higiene bucal

- Limpieza en el bebé sin dientes

Antes de que erupcionen los dientes es importante eliminar los restos de leche después de cada toma o mínimo una vez al día. Esto se hace con una gasa seca o húmeda, la cual se pasará suavemente sobre las mucosas. Fig. 14

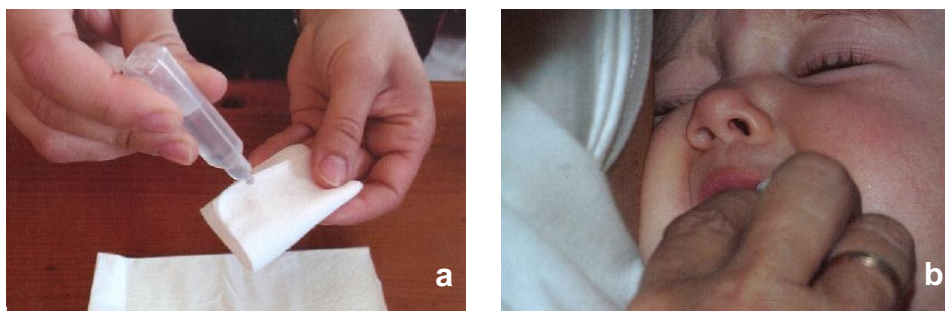


Fig. 14 Gasa húmeda (a). Limpieza suave de la cavidad bucal (b).¹¹

- Limpieza en el bebé con dientes

Ésta se realiza cuando inicia la erupción de los dientes. Se utilizará un cepillo muy suave y adecuado para su edad.

La limpieza se realizará 2 veces al día; por la mañana y por la noche antes de dormir. El cepillado se hará sin dentífrico, sólo con agua para disminuir el riesgo de ingesta excesiva de flúor. Fig. 15



Fig. 15 Cepillado dental.¹¹

- Limpieza en el niño

Es importante seleccionar un cepillo de dientes con contorno y tamaño adecuado para satisfacer las necesidades del niño.

El empleo de tabletas o soluciones reveladoras de placa facilitan la evaluación de la limpieza por parte de los padres y del niño; esto se debe efectuar al menos cada semana y siempre bajo supervisión paterna para ayudar al niño a realizar una correcta técnica de cepillado y así lograr la eliminación de la placa bacteriana.²³ Fig. 16

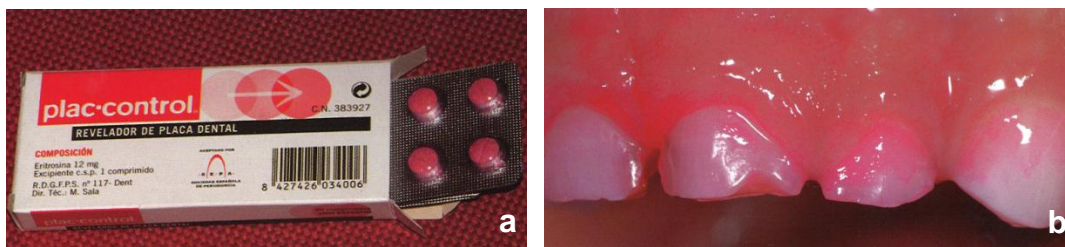


Fig. 16 Pastilla reveladora de placa dentobacteriana (a). Placa dental teñida (b).¹¹

3.1.2.3 Caries dental

En la actualidad, a pesar de los múltiples avances tecnológicos, las telecomunicaciones y los diferentes medios informativos impresos, persiste la ignorancia de muchas personas acerca de la importancia de los dientes primarios y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico. Es muy cotidiano escuchar a padres referirse a estos dientes como innecesarios, ya que vienen otros dientes, siendo la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentarias algunas de las principales causas de maloclusiones en los niños a temprana edad.

En este nivel, la prevención de la caries será con todos los medios a nuestro alcance; flúor, selladores, control de placa bacteriana y técnica de cepillado.²⁷

- Flúor

El flúor interfiere en el desarrollo de caries actuando en su control por su participación activa durante el proceso de desmineralización y remineralización.

Los fluoruros más utilizados en odontopediatría son: fluorfosfato acidulado al 1,23% en gel o espuma; gel de fluoruro de sodio neutro al 2,0 y barnices fluorados.

La elección de estos productos será dependiendo del riesgo o actividad de caries en el paciente, la edad, técnica de aplicación, posibilidad de obtención y el costo del material.

- Selladores de fosetas y fisuras.

Las fosas y fisuras que se encuentran en la cara oclusal de los dientes, representan zonas de riesgo debido a que favorecen la retención de placa, y debido a esto existe mayor riesgo de presentar caries

Los selladores funcionan como una barrera física que aísla estas superficies del medio bucal, impidiendo la acumulación de bacterias y restos orgánicos en esas zonas.²⁸ Fig. 17

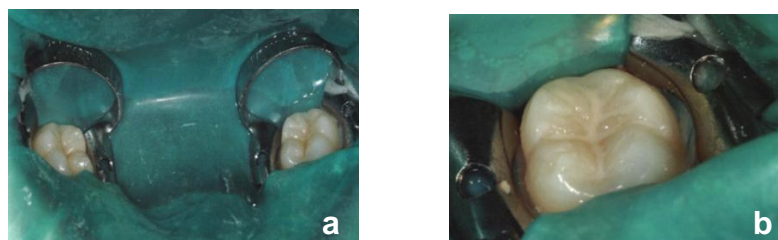


Fig. 17 Fosetas y fisuras con riesgo de presentar caries (a). Sellador de fosetas y fisuras (b).¹¹



3.1.2.4 Mantenimiento del espacio y longitud de la arcada.

La pérdida prematura de dientes primarios conlleva una pérdida de espacio y reducción de la longitud de la arcada, posteriormente se presentarán alteraciones oclusales y malposiciones dentarias a la aparición de la dentición secundaria. Es por esto que la pérdida prematura de dientes requiere atención especial.

Los efectos de la pérdida prematura de dientes primarios varían según diferentes factores como:

- Número de dientes perdidos
- Momento en el que se ha producido la pérdida dental
- Si existe intercuspidad al momento de la pérdida ²¹

Una parte importante dentro de la prevención de las maloclusiones lo constituye el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida prematura de los dientes primarios, pues además de la resultante migración de los dientes adyacentes y antagonistas podrían instaurarse hábitos deformantes, lo que impediría que se estableciera una correcta oclusión. ²⁹

Cuando se produzca la pérdida de una o varias piezas antes de su exfoliación natural es preciso mantener el espacio y la longitud de arcada. Para ello nos valemos de unos mantenedores de espacio que se elegirán de acuerdo con las circunstancias particulares de cada paciente. ²

El concepto de mantenedores de espacio nace de la necesidad de preservar el espacio que ha dejado la pérdida de un diente. ²⁸

Para la colocación de un mantenedor de espacio se debe evaluar lo siguiente:

- Cantidad de espacio presente.
- Tiempo transcurrido desde la pérdida dentaria.
- Dientes involucrados.
- Estadio de formación del diente permanente.
- Cantidad de hueso que lo recubre.
- Características propias de la arcada.
- Presencia de hábitos.
- Anomalías en la musculatura.¹⁷

No será necesario colocar un mantenedor de espacio en los casos en los que la pérdida del diente temporal esté próxima a la erupción del diente permanente.

Los mantenedores de espacio se clasifican en dos grandes grupos: fijos y removibles, los cuales se escogerán dependiendo del número de dientes perdidos o de acuerdo a la zona afecta.²³ Fig.18



Fig. 18 Mantenedor de espacio (corona y ansa)¹³



3.1.3 Tercer Nivel

3.1.3.1 Aparatos funcionales

La ortopedia funcional es una ciencia que comprende medios terapéuticos que provocan fuerzas o movimientos generados durante los actos fisiológicos como: la masticación, fonación, deglución y respiración. Esto con el fin de obtener un equilibrio morfofuncional de las estructuras del sistema estomatognático.³

3.1.3.2 Tallado selectivo

La eficiencia masticatoria depende de mecanismos como la atracción y erupción dental, el uso masticatorio es selectivo y depende de los hábitos alimenticios, el tipo de oclusión y de la edad.

La masticación frecuente es una de las condiciones para mantener un equilibrio en el sistema estomatognático, lo cual asegura la libertad en los movimientos mandibulares sin interferencias, correcta distribución de fuerzas masticatorias y una excelente salud en el periodonto.

La atrición fisiológica ocurre en un cierto tiempo y con una intensidad específica, en cada edad se presenta un grado de atrición. La atrición comienza en la dentición primaria, entre los 3-5 años, cuando ya existen movimientos de lateralidad.

Posteriormente los primeros dientes que presentarán señales de atrición son los primeros molares secundarios.

En caso de que no todos los dientes presenten atrición fisiológica se realizará un procedimiento llamado tallado selectivo, el cual consta de un



tallado en superficies específicas del diente para eliminar las interferencias oclusales que éstas puedan causar con el fin de lograr un equilibrio oclusal.

Este tratamiento sólo se realizará en dentición primaria, el procedimiento se hará en el siguiente orden:

1. Vertientes distales de los caninos inferiores.
2. Vertientes mesiales de los caninos superiores.
3. Vertientes distales de las cúspides vestibulares de 2dos molares superiores.
4. Vertientes distales de las cúspides vestibulares de los 2dos molares inferiores.
5. Borde disto-inciso-palatino de laterales superiores.
6. Borde disto-inciso-palatino de centrales superiores.³⁰



3.2 Medidas preventivas según la edad

En última instancia, las medidas preventivas están indicadas para cada caso en particular, de modo que hay que establecer una estrategia individualizada en función de la edad cronológica y mental del niño.

- Niño de 6 meses a 3 años

Los padres son los únicos responsables de la correcta salud dental del niño. Se les debe concienciar y transmitir la gran importancia que tienen los dientes temporales para su correcto desarrollo.

Los dientes temporales son fundamentales en la masticación, estética y pronunciación de algunos fonemas. La aparición de caries es una de las causas de mayor dolor en el niño, origen de pérdidas de espacio que pueden llevar a alteraciones de la oclusión temporal y permanente.

El objetivo global será acostumar al niño a una alimentación pobre en azúcares, manteniendo una higiene adecuada.

- Niño de 3 a 6 años (etapa preescolar)

Suele apreciarse un incremento en el consumo de hidratos de carbono, por lo que es precisa una mayor higiene, educando al niño en su práctica. Si es necesario se puede aplicar flúor tópico.

Las visitas con el dentista se harán de forma periódica.

- Niño de 6 a 12 años

Los padres tienen que seguir controlando la remoción de placa, siendo útil el uso de reveladores de placa.



El niño ya tiene la edad suficiente para aprender a usar el hilo dental, la administración de flúor tópico continuará de forma regular y se valorará la necesidad de colocar selladores de fosetas y fisuras, así como de restaurar los dientes afectados.

En esta etapa suceden los mayores cambios en la oclusión, por lo que es necesario valorar la conveniencia de tratamiento ortodóntico.

- Niño de 12 a 16 años (adolescencia)

Es vital recordar la importancia de mantener una buena higiene, consumir alimentos pobres en hidratos de carbono y continuar con las visitas periódicas al dentista. ²

3.3 Consejos de prevención para padres

La Educación es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia y continúa a lo largo de nuestra vida, Ésta promueve el desarrollo de prácticas saludables.

El educar implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual por medio de la aplicación de diversas metodologías, teorías y modelos adecuados a la realidad o contexto en el que deseamos aplicarlos. ³¹

Los padres son los responsables de la educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para realizarla correctamente, ya que muchas veces no poseen la información necesaria sobre los cuidados para mantener la salud bucal y transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. ³²



Es importante orientar a los padres, ya que ellos desempeñan un papel crucial en el soporte emocional y en la adaptación frente a enfermedades o tratamientos en los niños. Para que exista salud bucal, los padres deben ser informados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desarrollo de hábitos de salud bucal.³³

El apoyo de los padres es esencial para lograr la prevención y por ello es importante que se les oriente con respecto a la salud bucal de su hijo. También es importante darle información para que pueda detectar precozmente problemas relacionados a la salud dental.

Para facilitar la comprensión de los padres se podrán utilizar diversos recursos como: folletos, carteles, trípticos, murales y rotafolios. Estos medios de comunicación bien utilizados nos pueden ayudar a aumentar el nivel de concientización de los padres acerca de los problemas dentales que puede presentar su hijo en caso de no tener los cuidados necesarios.

Es necesario que los padres entiendan la importancia y las consecuencias que pueden presentarse debido a las maloclusiones, por esto, lo mejor es presentarles imágenes que generen un alto impacto visual y así lograr su completo apoyo.

Mediante estos recursos se les debe enseñar cuáles son las características que deben existir en una dentición sana y cuáles los signos de alerta que deben tener en cuenta para que acuda al especialista y así se pueda aplicar el tratamiento adecuado.



Los signos de alerta que el padre debe observar en su hijo son:

- Pérdida temprana o tardía de dientes primarios
- Dificultad para masticar o morder los alimentos
- Respiración bucal
- Labios resecos
- Ojeras marcadas aun cuando el niño duerme mucho
- Sonrisa gingival
- Chuparse algún dedo
- Apiñamiento dental
- Maxilares muy pequeños o muy grandes
- Rechinamiento dental
- Apariencia facial desarmónica
- Mucho o nulo espacio interdental
- Ruidos al abrir o cerrar la boca
- Dificultad para hablar
- Mandíbula muy notoria o poco notoria
- Postura adelantada con inclinación de la cabeza

Se propone es uso de los siguientes cuestionarios para ayudar a los padres a que estén alerta en cuantos los hábitos y comportamientos de su hijo.



REGISTRO DE HÁBITOS ORALES INADECUADOS

ENCUESTA DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA ³⁴

Datos del niño:

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F__ M__

Curso: _____ Teléfono/Celular: _____

Fecha de inicio de registro: _____

Fecha de terminación de registro: _____

1. ¿Qué hábito oral inadecuado tiene su hijo/a?

1.1 () Chuparse el dedo

1.2 () Morderse las uñas

1.3 () Meterse objetos a la boca (lápiz, lapicero, borrador, etc.)

1.4 () Chuparse labio

1.5 () Chuparse la lengua

2. ¿En que momentos su hijo/a realiza alguno de los hábitos orales inadecuados mencionados en la pregunta anterior?

3. ¿Con que frecuencia (número de veces) su hijo/a realiza alguno de estos hábitos orales inadecuados?

4. ¿Qué método utiliza cuando observa a su hijo/a realizar este hábito?



5. Ha observado cambios en los últimos cinco (5) días de su hijo/a, con respecto a la frecuencia con que realiza estos hábitos orales inadecuados

Si ()

No ()

No me he dado cuenta ()

6. En el siguiente cuadro, les mostraremos un seguimiento, de acuerdo al hábito que presenta su hijo/a:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Número de veces							
Momento							
Tiempo aprox.							

7. ¿Cómo le ayudó al niño/a durante esta semana para evitar el hábito?



GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA DETECTAR HÁBITOS ORALES ¹⁶

1. ¿El niño permanece siempre con la boca abierta?
2. ¿Le cuesta trabajo juntar los labios?
3. ¿Tiene ojeras pronunciadas?
4. ¿Ronca cuando duerme?
5. ¿Permanece con el dedo en la boca constantemente?
6. ¿Al tragar saliva, la lengua empuja los dientes?
7. ¿Al levantarse presenta dolor de cabeza y en la musculatura mandibular?
8. ¿El niño tiene más de un año de edad y no ha incorporado todas las consistencias alimenticias (líquido claro-espeso, sólido blando-duro)?



CONCLUSIONES

Es de suma importancia que el odontólogo sepa identificar los factores de riesgo en cada paciente para así aplicar el nivel de prevención adecuado en cada caso.

Es obligación del odontólogo preservar en medida de lo posible el mayor tiempo posible la salud bucal en la dentición primaria debido a que ésta dará paso a una correcta erupción de la dentición secundaria.

Es importante que el odontólogo oriente a los padres con respecto a las maloclusiones y la prevención de estas. Se les debe enseñar cuales son los signos de alerta que deben observar en su hijo para que acudan al especialista y así lograr la prevención temprana.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Y. Higashida B. Odontología Preventiva. Segunda edición. México. Editorial Mc Graw Hill.2009
2. Fernández F. Prevención de las maloclusiones. Gaceta dental. 2009
Hallado en: <https://gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-las-maloclusiones-31045/>
3. Herrera I. Torres A. Functional maxillary orthopedics in early treatment of class II malocclusions due to mandibular retrusion: Case report. Rev. Mexicana de Ortodoncia. 2017 pp. 170-175 Hallado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2017/mo173f.pdf>
4. Medina C, Laboren M, Vilorio C, Quirós O, Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2018 1-32 Hallado en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
5. De Estrada Y, Rodríguez A, Coutin G, González N. Factores de riesgo asociados con la con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol (internet) 2004. Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002



6. Jiménez A. Factores de riesgo asociados a las anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico docente "Rafael Valdés" 2009-2011. Rev. latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. 2013 Hallado en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-1/#>
7. Hallado en: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/risk-factors>
8. De la fuente J. Sifuentes M. Nieto M. Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1ª Edición. México: Editorial. El Manual Moderno, 2014.
9. Hallado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. Herrera D, Belmonte S, Herrera E. Alteraciones del desarrollo maxilofacial Prevención de la maloclusión. Arch Argent Pediatr 104(1) 75-79 Hallado en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n1/v104n1a14.pdf>
11. Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 2ª Ed. Editorial Ripano, 2014
12. Santiso A, Torres M, Álvarez M, Cubero R, López D. High risk factors for dental malocclusions from temporary teething. Bibliographical review. Mediciego 2010;16 (Supl.1) Hallado en: <http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2010.pdf>



13. Gurrola B, Orozco L. Maloclusiones. UNAM, FES Zaragoza. 2017 72-74 Hallado en: <https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/cbiologicas/libros/Maloclusiones17.pdf>
14. Mateu M. Schweizer H. Bertolotti M. Ortodoncia: Premisas, Diagnostico, Planificación y Tratamiento. Tomo II. 1ª Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Guía, 2015.
15. E. Solis M. Finger sucking: implications and treatment. *Odontol Pediatr* 17(1) 2018; 42 - 51.
16. Navas C. Hábitos Orales. Fundación Valle del Lili. Carta de la Salud 2012;189 1-4 Hallado en: https://www.academia.edu/7032445/Excelencia_en_Salud_al_servicio_de_la_comunidad_Comit%C3%A9_Editorial_FUNDACION_VALLE_DEL_LILI
17. Guedes A. Bonecker. Delgado C. Odontopediatría. 1ª Ed. Livraria Santos Editora, 2011.
18. Gacitúa G, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalence of Dentomaxillar Anomalies Caused by Oral Habits in Children of 6 to 9 Years Old. *Rev Dental de Chile*. 2001;92 (1) 31-34



19. Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev chilena de pediat. 1999. Hallado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext
20. Ferro M. Naccif A. Sotillo, F. Velasquez, L. Velez, K. Aspectos psicológicos de la Onicofagia en los Estudiantes de 2do año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2010. Hallado en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-1/>
21. Alemán P, González D, Concepción R. Dentomaxilofacial anomalies and its risk factors. Rev Haban Cinc Med. 2015;14 (2) 179-187 Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000200007
22. Cervera J, Ygual A. Guía para la evaluación de la deglución atípica. C.A.L. 2002(3) 57-65 Hallado en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/guia_para_evaluar_la_deglucion_atipica.pdf
23. Boj J. Catalá M. García C. Mendoza A. Odontopediatría. 1ª Ed. Masson. 2004.



24. González I. Durán W. Ramírez Y. Leyet M. Cabrera T. Relación de la postura corporal con las maloclusiones en adolescentes de un área de salud. Medisan 2016; 20 (12): 2448. Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200001
25. Murrieta J. Maloclusión dental y su relación con la postura corporal: Un nuevo reto de investigación en estomatología. Bol Mel Hosp Infant Mex 2013; 70 (5): 341-343. Hallado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500001
26. Robles E. Duran A. Lactancia materna; su importancia en la prevención de las maloclusiones. Gaceta dental. 2011 132-139. Hallado en: https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/221_CIENCIA_Lactancia_materna.pdf
27. Boj J. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1ª Ed. Madrid, 2011.
28. García S. Martín L. Lage M. Altunaga A. Space maintainer in the prevention of malocclusions: a case report. Rev Archivo Medico de Camagüey, 2014. Hallado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200005



29. Bachiller J. Prevención de maloclusiones en Odontopediatría desde el nacimiento. Tesis 2017 Hallado en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1505>
30. Planas P. Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO). 2ª Edición. Editorial Masson; 2001.
31. Inocente M. Pachas F. Educación para la Salud en Odontología. Rev Estomatológica Herediana. 2012 Hallado en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>
32. Cupé A. García C. Parental knowledges of preschool children's oral health: development and validation of the instrument. Rev Estomatol Herediana. 2015 25(2):112-121. Hallado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
33. Toboada F. Vega K. Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la institución educativa 11239-las dunas de la provincia de Lambayeque, 2018. 2019 Hallado en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1649>
34. Babilonia Y. Daza G. Contreras A. Impacto de estrategias educativas en escolares con hábitos orales parafuncionales del Instituto Nueva Luz de Esperanza del Corregimiento de la Boquilla. Corporación universitaria Rafael Núñez. 2015 Hallado en: [http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/874/IMPACTO%20DE%20ESTRATEGIAS%20EDUCATIVAS%](http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/874/IMPACTO%20DE%20ESTRATEGIAS%20EDUCATIVAS%20)



[20EN%20ESCOLARES%20CON%20HABITOS%20ORALES%20PAR AFUNCIONALES%20DEL%20INSTITUTO%20N.pdf?sequence=1](#)