



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS PERNICIOSOS COMO FACTORES
ASOCIADOS A LA MALOCLUSIÓN EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

VoBo

MITZI ANDREA ROMERO GONZÁLEZ

TUTOR: Esp. RICARDO ORTIZ SÁNCHEZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

Agradezco a mis padres y mi hermano por estar cada paso de mi vida, aconsejándome y apoyandome.

A toda mi familia por apoyarme en ser mis pacientes y confiar en mi.

A Dorita por acompañarme siempre haciendo mis tareas.

Trabajo realizado con el apoyo del Programa
UNAM-DGAPA-PAPIME-Proyecto PE206223

INTRODUCCIÓN.....	5
1. PACIENTES PEDIÁTRICOS	6
1.1. Características del paciente pediátrico.....	7
1.2. Oclusión.....	9
1.3. Características de la dentición primaria.....	10
1.4. Erupción dental.....	13
2. FACTORES ASOCIADOS A LAS MALOCLUSIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.	15
2.1. Maloclusión.....	16
2.2. Influencia de la respiración.....	18
2.3. Influencia de la alimentación.....	19
3. HÁBITOS PERNICIOSOS.....	20
3.1. SUCCIÓN DIGITAL.....	21
3.1.1. Clasificación de la succión.....	23
3.1.2. Maloclusión del uso del biberón y/o chupón.....	24
3.1.3. Medidas preventivas.....	26
3.2. RESPIRACIÓN ORAL.....	31
3.2.1. Factores etiológicos.....	31
3.2.2. Maloclusión de respiración oral.....	32
3.2.3. Características faciales.....	33
3.2.4. Medidas preventivas.....	33
3.3. DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	35
3.3.1. Factores etiológicos.....	36
3.3.2. Maloclusión de la deglución atípica.....	37
3.3.3. Medidas preventivas.....	37

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.....	39
4.1. Información e indicaciones para la madre/padre o tutor.	41
4.2. Comunicación verbal y no verbal con el paciente pediátrico.....	52
5.- CONCLUSIONES.....	55

INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales perniciosos son factores etiológicos en la aparición de maloclusiones, alterando el crecimiento normal del individuo y ocasionando un desequilibrio funcional de la oclusión. Su impacto social y psicológico es negativo, debido a la deformidad estética que causan rechazo, burlas y complejos que experimentan los niños que las padecen; al sentirse fuera de contexto social, los niños manifiestan problemas académicos, rechazo a la escuela y en ocasiones, malos comportamientos sociales.

Los hábitos perniciosos suelen tener mayor impacto durante la dentición mixta debido a que con la pérdida de piezas dentales anteriores tienen una mayor probabilidad de generar malos hábitos como la succión digital, respiración oral, interposición de la lengua entre los arcos.

Por lo que es fundamental que el cirujano dentista pueda prevenir y educar a los padres de familia, en donde se les explicará la importancia de la lactancia materna, así como la salud oral y las citas periódicas con el odontopediatra, para evitar hábitos a edades tempranas.

Se deberá educar de manera adecuada a los niños desde pequeños, ya que son las edades adecuadas para poder aprender hábitos saludables, los cuales se repetirán a lo largo de su vida, mediante enseñanzas divertidas e interesantes para que puedan captar la información de una manera más fácil.

PROPÓSITO

Identificar hábitos perniciosos como factores asociados a las maloclusiones

1. PACIENTES PEDIÁTRICOS

El término procede del griego *paidos* (niño) e *iatrea* (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia tanto al niño sano como al enfermo. (1)

Pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y el adolescente se desenvuelven. (1)

De acuerdo con la NORMA Oficial Mexicana NOM -008-SSA2-1993, el niño, en relación con la edad y su proceso biológico, se clasifica en:

- Menor de 28 días: recién nacido.
- Menor de un año: lactante menor o infante
- De un año a un año 11 meses: lactante mayor
- De 2 a 4 años: preescolar:
- De cinco a nueve años (escolar)
- De diez a diecinueve años (adolescente)

Dentro de la facultad de Odontología se reciben pacientes pediátricos desde los 4 años hasta los 12 años o dependiendo del desarrollo de su dentición.

1.1. Características del paciente pediátrico

Menor de 28 días (recién nacido)

- Es difícil que un niño de tan corta edad sea llevado al consultorio, se les pide a los padres que limpien la boca del niño, uno de los métodos de higiene bucal a emplear es el dedo cepillo. Consiste en valerse de un trozo de gasa previamente mojada en agua hervida y fría; se envuelve el dedo índice y con sumo cuidado se pasa por las encías, la lengua y paladar del pequeño. Todo ello con un movimiento de barrido suave y circular para eliminar los restos de alimentos. Hay que repetir esta limpieza como mínimo dos veces al día.
- Llora, ríe y emite sonidos
- Sigue con la mirada a objetos móviles y busca la fuente del sonido.

Menor de un año (lactante menor o infante)

- En este periodo depende totalmente del adulto y necesita de su apoyo y afecto para lograr un desarrollo adecuado.

De uno a cuatro años (lactante mayor: un año a un año 11 meses y preescolar: dos a cuatro años)

- Manipulación de objetos accionando con ellos para relacionarse con las características del mundo que los rodea

Niño de 3 años: edad de la sociabilidad

- El niño adquiere su propia identidad, posee autoconciencia, manifestaciones negativas e independientes.
- Los estímulos que le provocan miedo son principalmente visuales.
- Puede desarrollar una relación afectiva con el profesional de la salud y está dispuesto a ayudar.
- Puede separarse de vez en cuando de su madre.

Niño de 4 años: Edad de hiperactividad

- Edad del ¿por qué? Y ¿cómo?, y seguirá preguntando hasta tener una respuesta convincente y correcta para su nivel.
- Probablemente es el niño que más demanda.
- Oír con interés las explicaciones.
- Se deberá de ponerle límites, se puede llegar a enojar pero lo acepta.

Niño de 5 años. Edad del equilibrio social

- Es un niño confiable, estable y bien equilibrado.
- Suele concurrir a la cita con satisfacción, se enorgullece de sus dientes limpios y le gusta que lo feliciten.
- Es muy colaborador.
- La integración ojo, mano, boca no se ha completado; si se le pide que abra más la boca, a veces el niño abre grandes los ojos y mantiene la boca entornada. (1)

De cinco a nueve años (escolar)

- Existe un descuido total con respecto a dar cuidados dentales
- Cambio físico y psicológico.

De diez a diecinueve años (adolescente)

- Busca su yo dentro de sí mismo, a menudo se encuentra indiferente y sordo a cualquier llamado, rechazan la actividad de los padres

1.2. Oclusión

La oclusión dental se refiere a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto, tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales. Es considerado el fenómeno más dinámico que se observa en la boca. Sus características durante el proceso de dentición primaria se consideran precursoras de la oclusión de la dentición permanente. (2) Una de las principales funciones de la oclusión es la masticación por lo que se debe procurar no tener maloclusiones y conservar cada uno de los dientes temporales sanos, ya que también tendrá una repercusión en la dentición permanente de manera definitiva.

1.3. Características de la dentición primaria

	Dentición primaria	Dentición permanente
Número	Un total de 20 dientes, 10 en cada arcada, 5 en cada cuadrante.	Un total de 32 dientes, 16 en cada arcada, 8 en cada cuadrante.
Tipos de dientes presentes	Presenta 2 incisivos, 1 canino y 2 molares en cada cuadrante.	Presenta 2 incisivos, 1 canino, 2 premolares y 3 molares en cada cuadrante.
Duración de la dentición	Su periodo va desde los 6 meses hasta los 6 años aproximadamente.	12 años en adelante.
Erupción	Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses, hasta los 2 ½ -3 años un niño debe tener el set completo de dientes deciduos.	Inicia a los 6 años y se completa entre los 12-13 años a excepción de los terceros molares.
Secuencia de erupción	<u>A B D C E</u> A B D C E	Dientes maxilares: 6, 1, 2, 4, 3, 5, 7. Dientes mandibulares: 6, 1, 2, 3, 4, 5, 7.

Tabla 1. Diferencias entre dentición primaria y dentición permanente. (4)

Diferencias en oclusión.

1. Inclínación axial de los dientes temporales: paralelismo entre las raíces de los dientes temporales, demostrando ausencia de inclinación axial.
2. Relación anteroposterior de los segundos molares temporales: las relaciones terminales de las caras distales de los segundos molares y sus raíces funcionan como guías de erupción para los primeros molares permanentes. Éstas se establecen en 3 tipos fundamentales
 - Plano vertical recto.
 - Relación terminal de los molares temporales formando un escalón mesial para la arcada mandibular.
 - Relación terminal de los molares temporales formando un escalón distal para la arcada mandibular.
3. Espacios fisiológicos: por lo regular están presentes en los incisivos y son de gran importancia para el alineamiento adecuado en los incisivos permanentes.
4. Espacios primates: se registran dos tipos de espacio, en el maxilar se encuentran con frecuencia entre los incisivos laterales y caninos temporales, y en la mandíbula entre y primeros molares temporales.
5. Tipos de arcos en la dentición temporal: según baume existen 2 tipos fundamentales de arcos en la dentición temporal
 - Arco de baume tipo uno: los arcos que presentan además de los espacios primates, espacios generalizados entre los incisivos superiores e inferiores

- Arco de baume tipo 2: los arcos que presentan sólo espacios primates, sin espacios generalizados entre los incisivos (2)
6. Forma de arcos en la dentición temporal: los arcos son amplios y capaces de soportar todos los dientes temporales, el arco maxilar se puede presentar de varias formas, sin embargo en su aspecto normal, se muestra parabólico y el paladar es plano, el arco mandibular en su forma normal es en forma de U. (2)
 7. Espacio libre de Nance: es la diferencia entre la sumatoria de los diámetros mesiodistales de los caninos, 1º y 2º molares temporales y la sumatoria de los diámetros mesiodistales de los caninos, 1º y 2º premolares. Esta diferencia según Nance, en el arco inferior el promedio es igual a 1.7 mm para cada lado y en el arco superior, es igual a 0.9 mm para cada lado. (2)
 8. Traspase horizontal (overjet): es la relación horizontal que expresa en milímetros la distancia entre el incisivo central superior más vestibularizado y el incisivo central inferior. El traspase horizontal normal varía entre 0 y 4 mm
 9. Traspase vertical (overbite): también llamado sobremordida es la distancia en sentido vertical, entre los bordes incisales de los incisivos centrales inferiores y superiores.

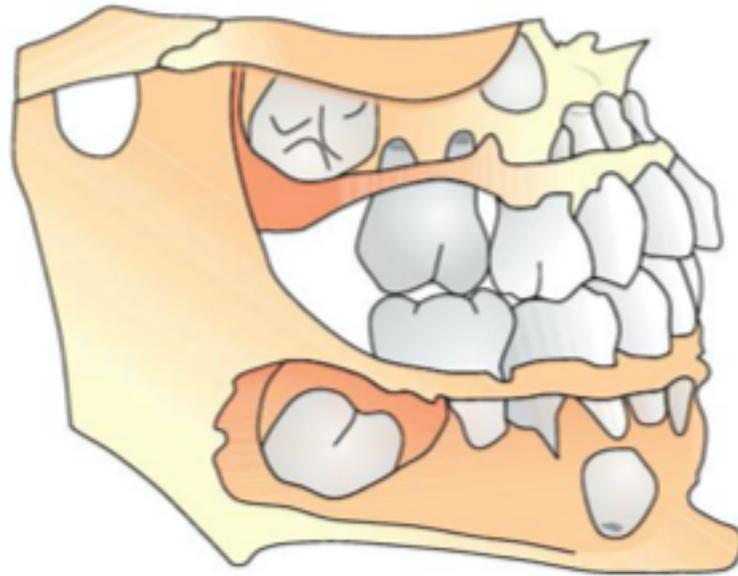


Figura 1. Oclusión, relación de planos. 2,5 años (1)

1.4. Erupción dental

El proceso de erupción dental puede ser definido como el movimiento migratorio, realizado por un diente en formación, desde el local de desarrollo dentro del proceso alveolar hasta su posición funcional en la cavidad bucal.
(3)

En la erupción dentaria se diferencia tres fases:

- Fase preeruptiva: dura hasta que se completa la formación de la corona.
- Fase eruptiva profesional: comienza con el inicio de la formación de la raíz y termina cuando el diente se pone en contacto con el diente antagonista
- Fase eruptiva funcional: Comienza en el momento en que contacta con el diente antagonista y comienza a realizar la función masticatoria.

(4)

Los dientes temporales inician su calcificación entre el tercero y cuarto mes de vida prenatal, los inferiores por lo general comienzan la calcificación antes que los superiores. Los incisivos centrales casi siempre son los primeros a iniciar la calcificación y los segundos molares son los últimos. Por lo general, ningún diente está presente en el nacimiento. El primer diente temporal a irrumpir es el incisivo central inferior, alrededor de los 6 o 7 meses de edad; el último es el segundo molar temporal superior, alrededor de los 2 o 3 años.

La secuencia usual de erupción es: incisivo central, incisivo lateral, el primer molar, canino y segundo molar.

2. FACTORES ASOCIADOS A LAS MALOCLUSIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

La maloclusión es una condición del desarrollo y existen varios factores asociados a los cuales se pueden resumir en 7 grupos

1. Factores hereditarios: Esto se puede dar cuando los hijos heredan algunas características de los padres y pueden ser modificados por: ambientes pre y postnatal, hábitos anormales, traductor no es nutricional y otro, sin embargo, el patrón básico persiste. Los siguientes tejidos pueden ser afectados genéticamente: sistema neuromuscular, dientes, tejido óseo/cartilaginoso o tejidos blandos. (3)
2. Anomalías congénitas o adquiridas: Son maloclusiones causadas por anomalías desarrolladas durante el período fetal. Muchas son las causas de estas displasias: enfermedades virales de la madre, radiación ionizante, drogas (medicamentos) u otras sustancias nocivas. (3)
3. Traumatismo: Los traumas pueden ocurrir en los períodos pre y postnatal y durante el nacimiento. El trauma prenatal intrauterino puede causar asimetría del esqueleto facial e hipoplasia de la mandíbula. Durante el nacimiento o el momento del parto pueden provocar principalmente lesiones en las articulaciones temporomandibulares. Mientras que los traumas postnatales pueden ocurrir en cualquier edad y las consecuencias dependen de la extensión, localización en que el trauma sucede y de la fase del desarrollo. (3)

4. Agentes físicos: algunos factores acentúan el desarrollo de una anomalía como por ejemplo, pérdidas prematura de los dientes temporales, alimentación y respiración bucal.
5. Hábitos: los hábitos pueden provocar mal oclusión y anomalías de los maxilares, esto dependerá del tipo de hábito y de la gravedad.
6. Enfermedades: en las enfermedades sistémicas se puede provocar alteraciones en el desarrollo de los dientes durante la infancia. También las enfermedades locales como son: enfermedades nasofaríngeas, trastornos en la función respiratoria, enfermedad gingival y periodontal, tumores y caries. (3)
7. Desnutrición: la desnutrición afecta la calidad de los tejidos en formación y los índices de calcificación, el principal problema es la alteración en el trayecto de la erupción dentaria. (3)

Las maloclusiones, según la Organización Mundial de la Salud, ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal.

2.1. Maloclusión

Se habla de maloclusión cuando la oclusión se desvía ampliamente de la norma. Las maloclusiones más graves comprometen la biomecánica del aparato masticador y su integridad morfofuncional influyendo directamente sobre los dientes, los maxilares, las articulaciones temporomandibulares y la musculatura masticatoria, afectando incluso a la fonación y a la deglución y

favoreciendo la aparición y progreso de la caries y la enfermedad periodontal o enfermedad en los tejidos de soporte del diente. (4)

Las maloclusiones pueden ser de tipo esquelético, dental o mixtas y para poder identificar su origen se deberá realizar un correcto análisis.

Para poder diagnosticar los casos de maloclusión, Angle consideró en principio las relaciones mesiodistales de los arcos dentales y en segundo plano las posiciones individuales de los dientes.

ANGLE TIPO I: Es cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar permanente superior ocluye sobre el surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. Esta se considera la oclusión ideal. (5)

ANGLE TIPO II: es cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante del surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. Por lo tanto, se dice que el molar superior se encuentra en posición adelantada respecto al inferior. (5)

ANGLE TIPO III: Es cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar permanente superior ocluye por detrás del surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. En este caso se considera que el primer molar inferior se encuentra adelantado respecto al molar superior. (5)

2.2. Influencia de la respiración

La investigación sobre la relación entre la maloclusión y la respiración bucal sugiere que la respiración nasal alterada puede contribuir al desarrollo de una mayor altura facial, mordida abierta anterior, aumento del resalte y paladar estrecho, aunque no es la única ni la principal causa de estas afecciones.

Los niños con respiración bucal suelen presentar deficiente rendimiento intelectual, debido a una baja oxigenación cerebral lo que provoca cierta apatía, alteraciones en la memoria, disminución de la actividad voluntaria, agotamiento crónico y un déficit en la concentración. (8)

A causa de la dificultad respiratoria, el sueño también se ve afectado, por lo que el niño presenta dificultad para que se levante en las mañanas y perjudica su rendimiento físico y escolar. También están afectadas su capacidad de lectura, escritura, dificultad para memorizar y comprender. Los estudios realizados afirman mayor prevalencia de estos problemas en los niños que presentan obstrucción nasal, apnea del sueño o hipertrofia amigdalina y concluyen que existe una clara relación entre la respiración bucal y el rendimiento escolar, físico e intelectual. (8)

Con la respiración bucal puede causar la pérdida de agua, aumentando la sequedad bucal, desciende el pH, aumenta el índice de placa lo que generaría un ambiente favorable para la instalación de caries. (9) El desequilibrio entre flujo salival, evaporación de saliva conduce a que la mucosa esté seca y deshidratada, lo que provoca halitosis. La saliva no se encuentra en cantidad necesaria por lo que no cumple con sus funciones de autoclisis, humectación y antibacteriana, generando un cambio en la composición de la flora bacteriana, crecen bacterias que producen compuestos de azufre volátiles con olor, al estar la mucosa seca y expuesta genera gingivitis y enfermedad periodontal. (9)

2.3. Influencia de la alimentación

Se recomienda fomentar la lactancia materna para promover un desarrollo mandibular más normal. De hecho, la postura labial y lingual adecuada, la respiración nasal adecuada y el diámetro transversal correcto del paladar están relacionados con la lactancia natural. La alimentación artificial puede promover la maloclusión, cuando se combina con succión no nutritiva. (6)

Al nacer, el niño tiene un perfil totalmente convexo por una retroposición mandibular fisiológica que se corrige al realizar los movimientos durante el amamantamiento. Estos ayudan a reestructurar la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. (11)

La lactancia materna estimula el desarrollo del sistema inmunológico y cumple de manera óptima los requerimientos nutricionales del recién nacido. También influye directamente en el crecimiento del complejo craneofacial, de la instauración de patrones adecuados de respiración. También disminuye la incidencia de hábitos orales como succión digital, succión lingual, deglución atípica, onicofagia, uso de chupones y bruxismo. (11)

3. HÁBITOS PERNICIOSOS

Un hábito puede ser definido como 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, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución. (1)

Los hábitos perniciosos se consideran un factor que conlleva a la maloclusión, en donde modifica la posición de los dientes, las arcadas, estructuras miofuncionales y funciones como el habla, respiración y deglución.

El impacto social y psicológico de las maloclusiones por hábitos perniciosos es muy negativo, debido a la deformidad estética que causan y al rechazo, burlas y complejos que experimentan los niños que las padecen; al sentirse fuera de contexto social, los niños manifiestan problemas académicos, rechazo a la escuela y, en ocasiones, malos comportamientos sociales. (10)

Los hábitos bucales se pueden clasificar según:

La forma:

- Hábitos beneficiosos o funcionales: son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración nasal y la deglución normal. (10)
- Hábitos perjudiciales o nocivos: se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. (10)

El momento:

- Hábitos clínicamente no significativos: se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos. (10)

- Hábitos clínicamente significativos: se presentan en edades y en un grado de severidad que necesitan su atención y tratamiento, ya que generan anomalías bucales ocasionalmente severas. (10)

La frecuencia e intensidad:

- Hábitos no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia. (10)
- Hábitos compulsivos: es cuando el niño ha hecho una fijación con el hábito, al extremo que acude a su práctica cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad. (10)

3.1.1. SUCCIÓN DIGITAL

La succión es un reflejo primitivo y fisiológico muy importante para la sobrevivencia física del bebé. La succión se desarrolla en la vida intrauterina, entre las 18ª y 24ª semana de gestación, sin embargo sólo en la 32ª semana de vida intrauterina estará madura. El bebé succiona instintivamente la lengua, los labios y los dedos desde la vida intrauterina, así, al nacer, la función de succión ya se encuentra desarrollada. (5)



Figura 2. Succión digital. Fuente directa.

La succión es fundamental para el bebé en los primeros meses de vida, pues permite su alimentación y nutrición que va a suplir sus necesidades psicoemocionales. Aliado a eso, se sabe que la sensibilidad táctil de los labios de los lactantes es mayor que la del pulpejo de los dedos, por eso ellos llevan todo a la boca, y la boca se torna un medio de descubrir e investigar todo el mundo a su alrededor. (5)

También puede presentarse en momentos de estrés, aburrimiento, falta de atención de parte de los padres y una inadecuada lactancia materna, ya que provoca el uso de biberón el cual no genera la misma fatiga dando como consecuencia la adquisición de hábito de succión.

Se considera que este hábito puede presentarse hasta los 2-3 años sin dañar la cavidad oral, sin embargo, después de este tiempo se deberá de interrumpir ya que se dará lugar a diferentes alteraciones en la oclusión.

El grado de severidad de las alteraciones fiscales dependerá de los siguientes factores:

1. Duración del hábito: hace cuánto tiempo el niño lo presenta.
2. Frecuencia del hábito: cuántas horas por día el niño realiza el hábito.
3. Intensidad: cuál es el grado de involucramiento de la musculatura facial durante el hábito de succión.
4. Posición del dedo o del chupón en la boca
5. Edad de término del hábito
6. Padrón de crecimiento facial del niño
7. Grado de tonicidad de la musculatura bucofacial

3.1.1. Clasificación de la succión

La succión se puede clasificar en nutritiva y no nutritiva.

Succión nutritiva

Es aquella que se realiza por medio de la lactancia materna o la alimentación artificial con el propósito de alimentar y nutrir

- Lactancia materna: Además de ser un factor de protección para enfermedades de la infancia, previene maloclusiones.
- Biberón: Siempre y cuando sea indicado por el médico, el biberón deberá tener un chupón ortodóntico con un orificio pequeño y adecuado a la edad del bebé.

- Chupones: existen chupones llamados convencionales y los “anatómicos” u “ortodónticos”. Están formados básicamente por dos partes el bulbo o tetina y el escudo. El escudo de los chupones anatómicos tienen su cavidad adaptada para la boca del niño. Esta función es para dar soporte a la musculatura perioral durante la succión sí debe estar bien adaptado al rostro del niño. (5) El chupón no se deberá usar para sustituir alguna comida.

Succión no nutritiva.

Es la que se realiza cuando el niño succiona su dedo, labio o biberón y se puede dar falta de lactancia materna o que el niño busque una gratificación oral.

- Succión digital: Se cree que el hábito de succión del dedo es peor que del biberón, ya que sería más fácil quitar el hábito del biberón, pues el dedo tiene calor, olor y consistencia semejante a la de los pezones maternos, además de estar siempre presente. (5)

3.1.2. Maloclusión del uso del biberón y/o chupón

Dependiendo de la posición de los dedos puede generar proinclinación de los incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, mordida abierta anterior, paladar ojival o mordida cruzada.

Dependiendo del dedo que es succionado, posición intensidad y frecuencia, habrá diferentes alteraciones y consecuencias:

- El dedo pulgar es el más utilizado, provocando que la mandíbula se deprima por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado. (2) Esto dará como consecuencia que los incisivos inferiores están proinclinados, debido al grosor del dedo y la tensión que se presenta en el labio inferior, la pérdida de molares primarios, el ángulo que existe y el pulgar al momento de estar succionando.

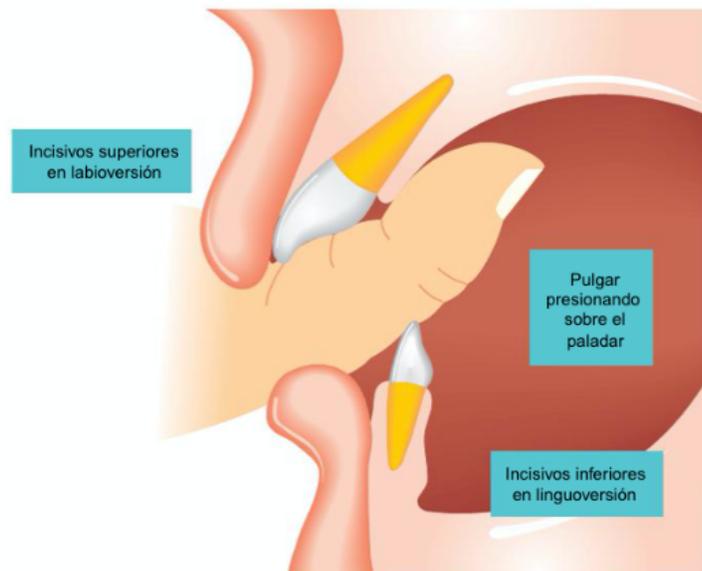


Figura 3. Aumento de sobremordida vertical. (1)

- La succión del dedo índice o medio, por lo regular tendrá como consecuencia una mordida abierta unilateral y la proinclinación de incisivos.
- La succión del dedo anular puede generar una mordida abierta unilateral, proinclinación de los incisivos y retroinclinación de incisivos inferiores

- En cuanto a la succión de varios dedos tendrá como consecuencia problemas similares a los anteriores.

3.1.3. Medidas preventivas

- Una de las medidas principales y más importantes es la lactancia materna, hasta por lo menos 6 meses, ya que sin ella, se intentarán otras formas de alimentar como el biberón, el cual no logra la misma fatiga, dando como consecuencia la adquisición de hábito de succión.
- El amamantamiento es considerado fundamental para el desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y estética de la cara. Los ejercicios realizados durante la succión del seno materno fortalecen los músculos, dilatan las fibras del músculo orbicular de los labios y proporcionan la coordinación de los actos de succión y respiración. (5)
- En caso de que el amamantamiento no sea posible y por órdenes del doctor, se deberá sustituir por leches modificadas, con el uso de biberones anatómicos, en donde el chupón deberá de tener un orificio muy pequeño.
- En niños menores de 3 años no debería de haber alguna intervención ya que normalmente antes de los cuatro años abandonan el hábito y se corrigen algunas de las maloclusiones que se generaron.

- Para evitar el uso de chupones, se les recomienda a los padres no dar como sustituto de comida o para poder retrasar las comidas, se debe ofrecer únicamente después o entre comida.
- Los chupones deben estar hechos de una sola pieza y de un material fuerte, que no sea tóxico y que se pueda esterilizar. Deben tener una tetina suave con agujeros de ventilación y una pieza exterior más ancha que la boca del niño. (9) El chupón deberá de ser plano ya que ayuda a que la lengua tenga un movimiento normal y promueve el cierre completo de los labios.
- El chupón para niños de 0 a 4 meses de edad tienen una forma que se asemeja a la del pezón de la madre, factor que hace que el bebé sienta cierta satisfacción emocional cuando está con este chupón. Para la edad de 4 a 5 meses los chupones son diseñados con una base delgada que sirve para que los bebés puedan cerrar los labios de manera natural y estimular la respiración nasal. Para niños con más de 8 meses la base del chupón es delgada, pero tiene una superficie irregular que estimula el movimiento de la lengua, colaborando en el desarrollo del lenguaje. (10)
- No se deberá meter en miel o alguna sustancia azucarada, antes de dárselo al bebé, ya que podría ser más difícil quitar este hábito y puede producir caries.

- Examine el chupón con frecuencia, para asegurarse de que no está quebradiza Y determinar si el caucho ha cambiado de color o está roto. Tírelo si la tetina está pegajosa, hinchada o con grietas. (9)

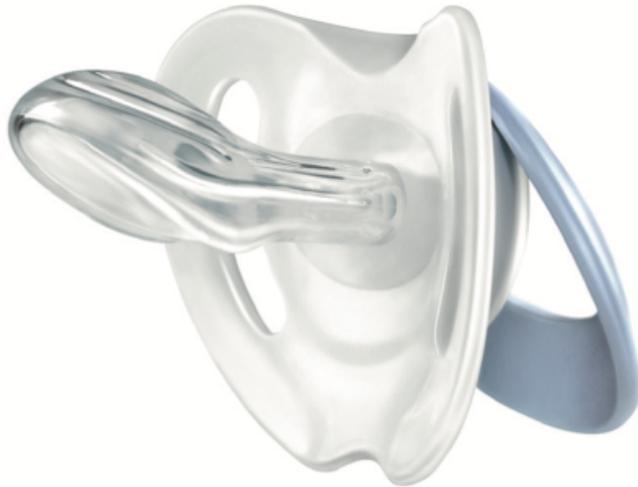


Figura 4. Chupón ortopédico. (14)

- La Academia Americana de Pediatría recomienda retirar el chupón cuando el niño ya tiene un año, para evitar otros efectos adversos derivados de su utilización. (10)

El protocolo para el tratamiento de la succión digital debe seguir la siguiente secuencia:

- Determinar la frecuencia e intensidad: el hábito es crónico cuando se produce en 2 lugares (casa o escuela) Y durante el día y la noche. Es importante determinar la frecuencia e intensidad del hábito de succión digital.

- Ignorarlo: muchos niños mantienen la succión digital como una manera de enfrentarse a los padres que insisten en que deje de succionar el o los dedos. Una primera estrategia es simplemente ignorarlo por una semana.
- Instituir al tratamiento en dos fases: si la succión digital persiste, es recomendable iniciar el tratamiento con estrategias no invasivas. (6)

Tratamientos no invasivos:

- Hablarles a los padres y a los niños en etapa preescolar: cuando los padres están cerca de los niños y les repiten que cesen de succionar el dedo cada vez que los ven hacerlo, estos disminuyen la frecuencia de succión digital. Sí se brinda información a los padres acerca de las consecuencias de la succión digital prolongada y los riesgos de una maloclusión, tienden a preocuparse más por el problema. (6)
- Refuerzo positivo: Se le deberá de dar un premio si el niño deja de succionar el dedo. Se le puede dar al paciente un calendario y pedirle que pegue unas estrellitas o stickers cada vez que no se succione el dedo, a la séptima estrella, por ejemplo, se le puede dar un premio. (6) Se le deberá hacer saber al niño que los padres se dan cuenta de su esfuerzo para poder quitarse la costumbre por medio de halagos. Figura .



Figura 5. Ejemplo de calendario como refuerzo positivo (1)

- Tiempo de descanso: un estudio investigó la lectura de cuentos a la hora de dormir en niñas que se solucionan el dedo junto al inicio, la madre le leía un cuento a la niña. Durante las condiciones experimentales, se dejaba de leer el cuento cada vez que la niña se succionaba al dedo, y se retoma cada vez que la succión digital era interrumpida. (6)
- En ocasiones los niños succionan el pulgar cuando se sienten estresados o inseguros, por lo que se deberá intentar la causa de sus inseguridades.

3.2. RESPIRACIÓN ORAL

Es la respiración que se realiza a través de la boca, en vez de hacerlo por la nariz o combina ambos patrones.

En la respiración bucal, la boca se encuentra entreabierta y la lengua en posición baja y adelantada lo que provocará una pérdida morfofuncional el cual permitirá un desarrollo correcto del maxilar.

Existen pacientes con respiración bucal por alguna causa determinada y se les deberá de eliminar este problema para que puedan respirar de manera normal, aunque algunos pacientes lo siguen haciendo aún eliminando el problema y se les genera un hábito.

3.2.1. Factores etiológicos

La respiración bucal es causada sobre todo por la obstrucción nasal provocada por:

Hipertrofia de las adenoides y amígdalas

Tumefacción inflamatoria de la mucosa nasal (rinitis y sinusitis)

Desvío del septum nasal de origen congénito o por trauma

Cuerpo extraño

Pólipos nasales

Tumores nasales

Fosas nasales estrechas (7)

3.2.2. Maloclusión de respiración oral.

Cualquier obstáculo para la respiración nasal deriva en respiración por la boca. En estos casos la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire. Este fenómeno acarrea dos consecuencias:



Figura 6. Respiración oral

1. Provoca una parte provoca una falta de crecimiento transversal del maxilar superior al quedar sometido a las fuerzas centrípetas de la musculatura mímica, especialmente del músculo buccinador. Esto se manifiesta clínicamente con un maxilar superior estrecho, elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores. (1)

2. La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de altura facial inferior. Este tiempo de crecimiento se ve favorecido también por la

mayor apertura bucal que tienen estos pacientes en la posición de reposo mandibular. (1)

3. También hay otras alteraciones en el plano sagital, lo cual conlleva a tener una clase II división 1 o una clase III.

3.2.3. Características faciales

Los respiradores orales comienzan a desarrollar una facie adenoidea, la cual se caracteriza por tener una altura inferior de la cara aumentada, labios entreabiertos, base alar estrecha y respiración bucal. Intraoralmente se relaciona con un maxilar estrecho y alto, mordida cruzada posterior y maloclusión de clase II. También puede caracterizarse por un labio superior corto que acentúa la concavidad del inferior, y un labio inferior protruido y a menudo eritematoso. (9)

También tiene como consecuencia alteraciones posturales como: hipercifosis torácica, protrusión de hombros, elevación y abducción de las escápulas, adelantamiento de la postura cefálica con reducción de la lordosis cervical. (4)

3.2.4. Medidas preventivas

- Es importante la educación para la salud bucal de los padres de familia, ya que se les deberá informar la importancia del amamantamiento al recién nacido, En donde se deberá coordinar los movimientos de los músculos de la boca, el paladar, la lengua y la faringe, este proceso es muy importante para su crecimiento por sus

beneficios nutricionales y psicológicos además de que refuerza los estímulos para la respiración. Al tomar el pezón y deglutir, el bebé va conformando la forma de la cavidad bucal y con el adelantamiento de la mandíbula va desarrollando su oclusión adecuada. Si el niño es alimentado artificialmente con biberón, debe realizar movimientos linguales no fisiológicos para controlar la cantidad de leche que ingiere y por lo general no requiere movimientos musculares para la extracción del líquido disminuyendo la estimulación del crecimiento del complejo bucomaxilofacial condicionando la aparición de maloclusiones. (13)

- Preparar alimentos que contengan fibra y estimular la masticación por los dos lados para un mejor desarrollo de los huesos y músculos.
- También se tratará de la mejor manera posible los resfriados, ya que estos favorecen a la hipertrofia de las amígdalas y adenoides. Si el paciente presenta infecciones respiratorias frecuentes se deberán de tratar a través de fármacos.
- Se deberá asegurar que el niño tenga siempre su nariz limpia, para evitar la respiración bucal y se deberán hacer chequeos con el pediatra para ver que no tenga ninguna alteración en la permeabilidad de las vías aéreas.
- Se les enseñará a respirar por medio de la vía nasal, con ejercicios repetitivos, con la boca cerrada, labios juntos y relajados, mediante series de 10 ejercicios por día.

La terapia miofuncional es muy eficaz ya que por medio de ejercicios ayuda a la rehabilitación de los músculos. Los ejercicios que se recomiendan son:

- Trozo de tela: El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela (o papel), sin apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina). Debemos estar seguros que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes.
- Popote: Succionar fuertemente algún líquido, usar un popote de diámetro pequeño. El paciente deberá sostener con los labios sólo 4 mm del popote al realizar el ejercicio. (3)

3.3. DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución es el paso del bolo alimenticio desde la cavidad oral, hasta el esófago, pasando por la faringe. En la deglución del lactante, el vacío de la cavidad oral se consigue mediante el sellado labial contra el pecho materno, y la presión negativa derivada de la succión. En ella, la lengua se apoya en el labio inferior y se acanala para conducir él bolo hasta la faringe.

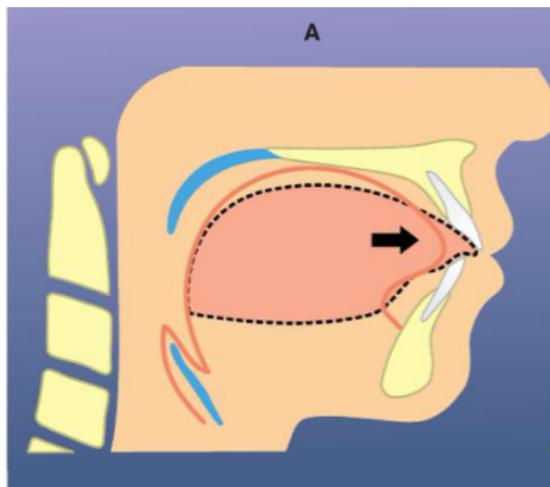


Figura 7. Esquema de la deglución infantil (1)

Finalmente, con la erupción de los incisivos inferiores se produce la transición a la deglución madura, consolidándose entre los tres y cuatro años. Dicho período de maduración no se completa, el individuo desarrollará una deglución atípica. (7) Figura. (7)

La deglución atípica se da cuando la lengua se posiciona entre los incisivos y hace presión durante la fase de deglución, lo que provoca una interferencia en el crecimiento y el funcionamiento de la musculatura orofacial. Lo que provocará una maloclusión y alteraciones esqueléticas, así como problemas para poder pronunciar algunas letras.

Existen dos tipos de deglución atípica: la deglución con interposición de la lengua entre los dientes, la cual hará presión contra su cara posterior durante la fase de deglución y la deglución con interposición labial, en este caso será el labio el que hace presión o se interpone.

3.3.1. Factores etiológicos

- Se generan en momentos de estrés
- Falta de atención de parte de los padres o cansancio
- Abandono de la alimentación materna
- Otros hábitos como la succión del dedo, labios, entre otros.
- Frenillos linguales o labiales cortos
- Amígdalas inflamadas, tendrá como consecuencia que el niño coloque la lengua hacia adelante, así no tocará las amígdalas y le cause dolor.

- Pérdida prematura de dientes temporales, lo que provoca que el niño coloque la lengua en el espacio lo que genera el hábito de la deglución atípica.

3.3.2. Maloclusión de la deglución atípica

La deglución con presión de la lengua en incisivos inferiores o superiores por lo regular provoca mordidas abiertas anteriores con proinclinación en los incisivos. Según su clasificación:

- Tipo I: no causa deformación.
- Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.
- Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco dental, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes de ambos arcos dentales, superior e inferior. (5)

La interposición del labio inferior contra los incisivos se puede presentar una clase II dentaria con división 1 y mordida abierta anterior.

3.3.3. Medidas preventivas

La lactancia materna es una de las mejores medidas preventivas ya que ejercita la musculatura del bebé, evitando así el uso de biberón hasta por lo menos a los tres años, ya que los efectos que se lleguen a generar pueden ser tratados a tiempo y se corrigen de manera natural. Una vez que el niño comience a comer alimentos más sólidos se deberá de tener una

alimentación adecuada a su edad para que comience a ejercitar la musculatura masticatoria.

Deberá incluir una terapia miofuncional, ejercicios linguales y enseñar la manera correcta de cómo colocar la punta de la lengua, dando las siguientes instrucciones:

1. Poner la lengua hacia arriba contra el paladar y su punta, apoyada por detrás de los incisivos superiores sin tocarlos.
2. Juntar los labios de forma relajada.
3. en contacto los dientes y tragar, llevando la lengua hacia arriba o hacia adelante. (7)

Los ejercicios miofuncionales controlan el hábito, evitan aparatos de ortodoncia o alguna posible cirugía.

- Ejercicio de sujeción de la cuchara: el paciente sostiene una cuchara con los labios por el mango, manteniéndola en posición horizontal. se debe observar que el paciente no adelante la mandíbula durante el ejercicio.
- Ejercicio del botón: el paciente debe sujetar por detrás de los labios y por delante de los dientes un botón sujeto con un hilo dental junto el terapeuta tira del botón mientras el paciente intenta que no se le escape con la fuerza de los labios. (7)

Los ejercicios linguales ayudan a aumentar la tonicidad de la lengua

- Mover hacia los lados: sacar la lengua en punta y moverla hacia las comisuras derecha e izquierda sin llegar a tocarlas. La lengua no puede apoyarse en los labios ni tampoco se debe mover la mandíbula.
- En el interior de la boca como a llevar la lengua en todas las direcciones (7)

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

La educación para la salud en odontología es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza-aprendizaje diseñada para propiciar acciones voluntarias que conducen a la salud bucal. Lleva a la persona a cuidar y valorar sus estructuras bucales mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando situaciones y comportamientos de riesgo. (11)



Figura 8. Educación para la salud mediante juegos interactivos. Fuente directa.

Para alcanzarla hay que intervenir sobre la calidad y estilos de vida, sobre lo cual se apoya la epidemiología, que no solo estudia enfermedades, sino todo tipo de fenómeno relacionado con la salud, entre los que se encuentran los hábitos de vida, como el consumo de tabaco o la higiene bucodental, entre otros y que constituyen factores de riesgo para contraer las enfermedades. La educación sobre la salud dental se dirige con más frecuencia a los niños de edad escolar, los cuales, mayoritariamente, son

el blanco favorito, en particular de las escuelas primarias. El refuerzo regular es sin duda importante y se obtendrán mayores beneficios si se pudieran incluir a los padres, pero no siempre es posible.

El resultado final de la educación para la salud debe ser un cambio de conducta y no simplemente un cambio cognoscitivo, por tanto, promocionar salud es transmitir a los pueblos conocimientos para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. (15)

La educación es muy importante en niños, ya que es la edad adecuada cuando se pueden establecer hábitos, los cuales se van a repetir a lo largo de su vida, por lo tanto, la escuela y los padres, serán un vínculo importante para favorecer la promoción de la salud oral. A partir de una enseñanza interesante y amena los niños captarán de manera favorable la información que se les proporcione, por lo que se deberá procurar que los niños participen en el proceso de aprendizaje.



Figura 9. Educación para la salud con materiales didácticos. Fuente directa.

Es importante transmitir confianza hacia el paciente y padres y poder solucionar cualquier problema o duda que se presente para poder informarlos de la mejor manera posible y prevenir cualquier tipo de enfermedades bucales.

En cada situación de aprendizaje debe propiciarse que el paciente experimente la alegría de sus progresos. Por muy insignificante que parezca, el éxito siempre alienta y origina sensaciones y emociones positivas. Estos actúan como formas de reforzamiento, ya que estimulan y sostienen la conducta de los escolares en la búsqueda de otras posibilidades de desarrollo, porque generan nuevas necesidades de aprendizaje y de que este sea significativo. (15)

La odontología para niños se basa generalmente en la prevención. En realidad, no hay ninguna fase importante de este campo que no sea preventiva en su perspectiva más amplia. La odontología pediátrica es en verdad un servicio de dedicación, puesto que la prevención es siempre la meta final de la ciencia médica en su totalidad. (15)

Una de las maneras eficaces para la educación de pacientes pediátricos es el uso de juegos didácticos, los cuales ayudan a mejorar la actitud y motivan para el bienestar físico y mental.

4.1. Información e indicaciones para la madre/padre o tutor.

La educación para la salud para la madre/padre o tutor de familia es muy importante debido a que son ellos quienes tienen mayor influencia sobre los niños y la educación comienza desde casa. Es necesario integrar programas que puedan capacitar al padre de familia en hábitos sanos para no generar alguna complicación en el niño y fomentar la asistencia al odontólogo para citas de control.

Mediante las indicaciones que se le darán a los padres o tutores ayudarán a orientar y disminuir factores de riesgo que puedan generar hábitos orales y prevenir maloclusiones para cumplir los objetivos propuestos.



Figura 10. Información hacia los padres de familia. Fuente directa.

Se impone promover la futura salud dental del niño mediante la estimulación de actitudes y conductas positivas: brindar información a los padres acerca de cómo prevenir enfermedades dentales durante los cuidados prenatales y posnatales, asesorarlos sobre la dieta, la higiene bucal y el uso del flúor; asimismo alentar a los padres a presentar el problema dental en edades tempranas, para estimular a que el niño acepte sin temores el ambiente dental y al especialista (15) (Figura 11, 12).

Primera visita al ODONTOPEDIATRA

¿Cuándo, Cómo y Por qué?

¿Cuándo debe de ser la primera visita?



Al erupcionar el primer diente o al año de edad.

¿Cómo prepararse?



Anticipa a tu hijo/a hablándole de lo que va a suceder a través de juegos, cuentos o videos relacionados con la visita al dentista. Juega a abrir y revisar su boca para que esté familiarizado.

¿Qué hace el Odontopediatra en esa primer consulta?



Es una cita personalizada en la que se revisa la boca, cara, cráneo y articulaciones; puede incluir limpieza, aplicación de fluoruros y toma de radiografías, entre otros procedimientos.

¿Cuál es el objetivo?



Proporcionar a los padres información y herramientas para prevenir enfermedades y lograr una salud bucal óptima.

El Odontopediatra focará algunos temas como:

1. Lactancia y uso de biberón.
2. Hábitos orales.
3. Técnicas de cepillado y uso de pastas dentales.
4. Fluoruro.
5. Hábitos alimenticios.
6. Desarrollo y crecimiento dentofacial.
7. Crear un vínculo pediatra-odontopediatra.
8. Dieta.
9. Caries, etc.

¿En qué consiste?

Es posible que tu hijo/a lllore o esté inquieto, no te preocupes, es normal. El Odontopediatra está capacitado para realizar este procedimiento.

RECUERDA
¡La PRIMERA VISITA al Odontopediatra es importante para prevenir y lograr una buena salud bucal en tu hijo/a!

Figura 11. Cartel informativo (21)



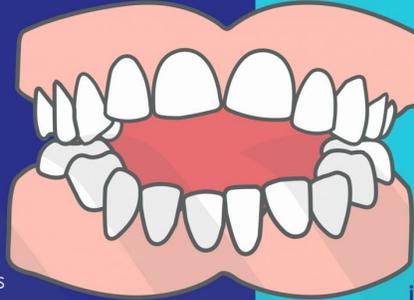
Hablemos de hábitos orales no nutritivos

Los hábitos como el biberón, chupón y chuparse el dedo durante el primer año de edad, son considerados normales, siempre y cuando la lactancia materna esté establecida, forman parte del desarrollo neuro-emocional y necesidades afectivas de la infancia.

Estos hábitos pueden provocar alteraciones como:

- Retraso de lenguaje.
- Deformación del dedo.
- Alteraciones en la mordida.
- Bullying.
- Afectación del crecimiento craneofacial.
- Aumento de infecciones en vías respiratorias.

Dependiendo de la **intensidad, duración y frecuencia.**



Si ya decidiste usarlo ¿qué chupón elegir?

- Chupón ortodóntico. (Son los que tienen la punta plana y pequeña).
- Con escudo de ventilación.
- Sin argolla y sin sujetador.
- Que no contengan líquido en su interior (miel).

Algunos problemas de mordida causados por estos hábitos

(como chuparse el dedo, morderse las uñas, los labios, hábito de lengua, etc.), se corrigen espontáneamente al eliminarlos en el momento oportuno.

Recomendaciones:

Sólo ten disponible uno a la vez. Limpialo y esterilízalo continuamente. Utilizarlo en periodos de relajación y hora de dormir, evitándolo el resto del día, suspéndelo a más tardar a los 18 meses de edad. Nunca untar sustancias azucaradas.



El **Odontopediatra** hará una valoración individual de la severidad del hábito, el grado de desarrollo emocional, cooperación del paciente y junto con los padres acordarán un plan de tratamiento adecuado a sus necesidades.

Ahora que lo sabes, consúltalo con tu Odontopediatra.

somos amop

Informes:
55 4331 2254
amop.org.mx



Figura 12. Infografía informativa sobre hábitos perniciosos. (21)

Las principales indicaciones que se le deberán de dar a los padres para tener una mejor educación sobre la salud oral de sus hijos serán las siguientes:

- Promover el control prenatal en mujeres gestantes
- Promover la lactancia materna y su correcta técnica, logrando una buena deglución y respiración nasal del bebé, para poder evitar futuros hábitos orales. El amamantamiento debe ser sin restricciones y a libre demanda.
- Después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno deben comenzar a ser controlados para que el final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses de edad, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia la fase de masticación. (18)
- Se debe recomendar una posición adecuada para el amamantamiento, en menores de seis meses, que consiste en que el bebé deberá estar fijo sentado tipo jinete sobre la pierna de la madre y de frente a la mama. De esta forma el bebé proyectará la mandíbula hacia el frente determinando un ejercicio mioterápico, que auxiliará el desarrollo de la mandíbula. (18)
- Si el niño presenta hábito de succión antes de los 2-3 años, no deberá ser reprimido en cuanto a su uso ya que esta etapa forma parte de su desarrollo fisiológico.

- Educar a los padres para tratar de evitar el uso del chupón cuando el niño se encuentre en un estado de estrés o angustia, en su lugar buscar otras formas para poder consolarlo y entretener.
- Tener una mejor higiene oral en los rebordes alveolares del lactante y una vez que aparezcan los primeros dientes.
- Educar sobre hábitos alimenticios más sanos.
- Motivar a los padres para tener citas recurrentes con el odontopediatra. La época ideal para el inicio de la atención odontológica debe de ser alrededor de los 6 meses de edad, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes. (18)

Acciones de promoción y prevención

Nivel de promoción y prevención	Objetivo	Actividad propuesta
<p>Promoción de la salud: nivel educativo sobre pautas de salud oral.</p>	<p>Orientar al desarrollo de hábitos orales adecuados con el fin de desempeñar funciones estomatognáticas que incentiven la armonía oclusal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taller de alimentación dirigido a padres de familia y/o acudientes sobre las diversas consistencias alimenticias. - Divulgación de información sobre posturas orales adecuadas en reposo y en función; y la importancia de las consistencias alimenticias a través de boletines y folletos.
<p>Prevención primaria: nivel educativo sobre los factores de riesgo.</p>	<p>Disminuir factores de riesgo que pueden generar hábitos orales inadecuados con el fin de prevenir la aparición de alteraciones dentales, esqueléticas, musculares y funcionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concientizar sobre los efectos de los hábitos orales inadecuados. - Entrenamiento a pacientes y/o cuidadores sobre la estimulación oral en la ejecución de acciones cotidianas como masticar, cepillarse los

		dientes, succionar con pitillo, etc
Prevencción secundaria: nivel que previene complicaciones diagnósticas y de impacto muscular y oclusal.	Minimizar las variables temporales con las que se realizan los hábitos orales inadecuados con el fin de reducir la prevalencia del desequilibrio muscular orofacial secundario a un hábito oral.	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de estudio o charlas interdisciplinarias sobre las generalidades de los hábitos orales inadecuados y su pertinente remisión. - Instrucciones sobre el manejo del hábito oral inadecuado para los profesionales tratantes sobre la evolución e impacto que tiene en el paciente.
Prevencción terciaria: atención terapéutica del desequilibrio muscular orofacial y maloclusión dental.	Disminuir los efectos óseos, dentales y musculares que traen consigo los hábitos orales inadecuados con el fin de favorecer el desempeño armónico de las funciones estomatognáticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de planes caseros para los usuarios, los cuales deberán ser desarrollados junto a padres de familia y/o acudientes. - Entrenamiento a padres de familia y/o acudientes frente al desempeño de ejercicios a desarrollar por los usuarios.

		- Desarrollar rutinas terapéuticas orientadas hacia el incremento de posturas orales estables.
--	--	--

Tabla 2. Acciones y prevención de la salud bucal. (14)

Se pueden realizar diversas acciones de promoción y prevención de la salud con ayuda de diferentes actividades didácticas para que la enseñanza sea más fácil de comprender, dirigidas a padres de familia y pacientes.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Técnica	Consiste en	Usarla cuando	Como usarla	Evitar que suceda	Orientada a
Exposición	El uso del lenguaje oral para explicar un tema.	Se trata de temas de difícil comprensión.	Orden lógico: introducción, desarrollo y cierre.	Correr que la información es tan clara para el público como para el conferencista.	Padres de familia o tutor.
Discusión en grupo	Intercambio de ideas, conocimientos y opiniones.	La audiencia expone sus ideas y reflexionar sobre ellas para la solución de un problema.	Formas equipos, discutir el tema. Juntar nuevamente al grupo y pedir que diga las conclusiones de su trabajo.	Que los grupos se salgan del tema de discusión. Dejar poco claro el objetivo.	Padres de familia o tutor

Demostración	Mostrar de manera práctica el manejo de un instrumento o procedimiento	Apreciar la secuencia y modo de realizar un procedimiento o la manipulación de un aparato o instrumento.	Realizar paso a paso por el educador en lugar visible para todos los oyentes y de manera pausada.	La falta de claridad en las explicaciones . Falta de dominio en los procesos.	Padres de familia/tutor y pacientes preescolares, escolares y adolescentes.
Dramatización	Interpretación teatral de un problema o situación.	Sensibilizar al grupo sobre un problema de interés.	Definir claramente el objetivo de la dramatización.	Emplearla sin control.	Padres de familia/tutor y pacientes preescolares, escolares y adolescentes.

4.2. Comunicación verbal y no verbal con el paciente pediátrico

Comunicación directa

En este tipo de comunicación es necesaria la presencia física del emisor y del receptor del mensaje. Se le conoce como comunicación “cara a cara”; los canales por los cuales se transmite el mensaje son naturales y, al no existir medios artificiales, el cuerpo y específicamente la cara son elementos que tienen un alto grado de significación.

Ejemplo: La comunicación entre el cirujano dentista y su paciente, a través de miradas, gestos y, en general, actitudes corporales, así como las manifestaciones lingüísticas que ambos manifiesten en un consultorio dental.
(25)

Comunicación indirecta

Para que exista esta comunicación no es necesario que el emisor y el receptor se encuentren físicamente en el mismo espacio, ni estén cara a cara. La comunicación indirecta requiere de canales artificiales, es decir, instrumentos creados por el hombre para poder comunicarse. (25)

Ejemplo: Recomendaciones de la higiene bucodental por medio de un tríptico.

Recursos didactivos para la comunicación verbal y no verbal					
Recurso	Consiste en	Usarlo cuando	Como usarlo	Evitar que suceda	Orientado a
Rotafolio	Conjunto de hojas en donde se pueden realizar anotaciones.	Se requiere usar dibujos o pequeños textos	Determinar claramente el tema, escribiendo la menor cantidad de texto, con letra clara, de tamaño adecuado y color visible.	Incluir más información de la que se necesita. Recargarlas de texto o dibujos.	Padres de familia/tutor y pacientes adolescentes.
Cartel	Hoja de papel en la que puedes agregar información y se transmite un solo mensaje	Se realice alguna campaña y apoyo alguna temática en particular.	Elaborar un bosquejo que contenga una sola idea. Ilustrar de manera atractiva, sencilla y con el mínimo de texto posible.	Incluir más de un tema. Ser poco claro.	Padres de familia/tutor y pacientes escolares y adolescentes.
Periódico mural	Espacio grande que incluye textos, dibujos, gráficas, y es visible a distancia	Hay dificultad para reunir a las personas en sesiones de trabajo.	Determinar un problema común a la comunidad con que se trabaja.	Que tenga exceso de temas. Recargado de texto o imagen.	Padres de familia/tutor y pacientes escolares y adolescentes.

	considerable.				
Modelos	Reproducciones, generalmente de tamaño natural, en las que se representa el cuerpo humano.	Es necesario realizar la demostración de la manera en que se realiza algún procedimiento.	Utilizar el modelo para realizar la demostración del procedimiento	Que el material sea muy pequeño y dificulte que los participantes lo vean bien.	Padres de familia/tutor y pacientes preescolares, escolares y adolescentes.
Videos o películas	Combinación de imagen y sonido que plantea una información más amplia.	Se requiere planear una situación sobre la cual se desea reflexionar	Presentar al grupo el objetivo que se desea alcanzar. Realizar análisis correspondiente.	Que el material sea demasiado extenso. Que le falte claridad visual y auditiva	Padres de familia/tutor y pacientes preescolares, escolares y adolescentes.
Tríptico	Información impresa y repartida en tres columnas.	Es necesario que amplíe y conserve la información sobre un tema.	Identificar el tema a tratar, las ilustraciones y la distribución, tomando en cuenta las características de la población a la que se dirige.	Saturación de texto o imagen.	Padres de familia/tutor y pacientes preescolares, escolares y adolescentes.

Tabla 3. Recursos didácticos para la comunicación verbal y no verbal. (25)

5. Conclusiones

Los hábitos perniciosos son las principales causas de maloclusiones, por lo que se deberá prevenir mediante la educación apropiada para la edad del paciente pediátrico y contando con la ayuda de los padres de familia ya que son una gran influencia en la crianza de los niños.

El principal objetivo que se puede plantear cuando aún son niños, es usar las técnicas de educación para la salud junto con técnicas de ortodoncia preventiva para evitar anomalías en la oclusión o problemas de crecimiento. Por otro lado, si se detectan diferencias en la posición o tamaño del hueso maxilar y de la mandíbula, el objetivo sería estimular el crecimiento correcto.

Los hábitos perniciosos no sólo alteran la maloclusión en el paciente sino que también influye en los aspectos psicosociales y en la calidad de vida, ya que pueden tener afectaciones estéticas.

A diferencia de la ortodoncia para adultos los objetivos de la ortodoncia en pacientes pediátricos son diferentes. En niños suele buscar evitar futuros problemas bucodentales y en los tratamientos para los adultos se trabaja más en la corrección de problemas existentes para conseguir mayor armonía estética dental o funcional.

En caso de existir hábitos perniciosos durante la dentición primaria, el cirujano dentista lo puede diagnosticar para aplicar las medidas preventivas e interceptivas adecuadas y evitar problemas de maloclusión. En caso de presentar problemas complejos se debe de realizar interconsultas con los especialistas para llevar a cabo medidas correctivas.

La educación para la salud y la prevención de hábitos perniciosos será muy importante para evitar maloclusión y así poder tener un crecimiento, desarrollo y maduración de la cavidad oral. Es muy importante educar

durante el embarazo o en la planeación de un embarazo para poder explicar los efectos de una maloclusión y sus repercusiones tanto funcionales como estéticas, cuidados prenatales y postnatales, así como una dieta balanceada, higiene bucal y controles con el odontólogo.

La lactancia materna es una de las mejores medidas preventivas para evitar maloclusiones, debido a que ayuda a los niños en la formación y en el desarrollo de estructuras craneofaciales, ya que durante la lactancia se combinan procesos básicos como la succión, deglución y respiración, por lo que realiza actividades rítmicas y coordinadas. Esto ayuda a promover movimientos fisiológicos mandibulares necesarios para la alimentación del niño.

Bibliografía

1. Bordoni N, Escobar A, Castillo-Mercado R. In Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010. p. 657-674.
2. Cisneros-Dominguez G, Cruz-Martinez I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños con un círculo infantil. MEDISAN. 2017; 21(7).
3. Ponce-Caceres C, Figueroa-Cervantes C. Repositorio. [Online].; 2017 [cited 2022 Noviembre 15. Available from: .
4. Bezerra-D. Tratado de Odontopediatría. Caracas: Amolsa, 2008. P.889-927
5. Morgado-Serafin D, Garcia-Herrera A. Medigraphic. [Online].; 2011 [cited 2022 Noviembre 15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdcs112p.pdf>.
6. Garcia-Castro M. Diagnóstico de maloclusiones en Atención Primaria. Pediatría atención primaria. 2006; 8(30).
7. Arango-Borrero A, Arias-Vinueza S, Calero-Clavijo I, Cabal-Azcárate M. In 128-141 , editor. Hábitos orales y odontología: Una visión interdisciplinar. Colombia; 2020.
8. Simoes-Andrade N. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Online].; 2015 [cited 2022 Octubre 7. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>.
9. García-Triana B, Hibatulla-Ali A, Grau-León I. Mouth breathing and its relationship to some oral and medical conditions: physiopathological mechanisms involved. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2016; 15(2).
10. Majorana A, Bardellini E, Amadori F, Conti J, Polimeni A. Timetable for oral prevention in childhood-developing dentition and oral habits: a current opinion. Prog Orthod. 2015; 39(16).

11. Morales-Chávez M, Stabile-Del Vechio R. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. Universitas Odontológica. 2014 julio-diciembre; 33(71).
12. Medina C, Laboren M, Vilorio C, Quiros O, Jurisic A, Alcedo C, et al. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws". [Online].; 2010 [cited 2020 Octubre 3. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>.
13. Martínez-Brito I, Soto Cantero L, Rivero- Llops M, Aleman-Estevez G, García Martínez A, Almeida-Bravo R. La necesidad de tratamiento ortodóntico desde un perfil bibliométrico. Rev Cub Estomatol. 2016; 53(4).
14. Herrero-Solano Y, Arias-Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed. 2019 Mayo-junio; 23(3).
15. Guedes-Pinto A, Bonecker M, Delgado-Rodrigues C. Fundamentos de Odontología-Odontopediatria. In Fundamentos de Odontología-Odontopediatria. Brasil: Santos; 2011. p. 13-29, 359-377.
16. Salud y seguridad en establecimientos de cuidado de niños: Promoviendo la salud bucal infantil. California Childcare Health Program. 2007 Noviembre.
17. Ocampo-Parra A, Johnson-García N, Lema-Álvarez M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Rev. Nac. Odontol. 2013 Febrero; 9.
18. Kinder-Und Jugendarzt. NUK. [Online].; 2010 [cited 2022 Noviembre 5. Available from: https://www.nuk.com.pe/media/static/pdf_int/int/dra-claudia-hess-soothers-es.pdf.
19. Boj J, Catala M, Mendoza A, Planells P, Cortes O. In Molina E, editor. Odontopediatria. Bebés, Niños y Adolescentes. México: Odontología books; 2019. p. 386-398.

20. Dayrell-Neiva P; Noce-Kirkwood R; Godinho R. Orientation and position of head posture, scapula and thoracic spine in mouth-breathing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2008; 72(2).
21. Gonzalez E. *Acta Odontol. Colomb.* [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 1. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/41905>
22. Moreira-Campuzano T, Zurita-Calderón T. Deglución atípica considerada como factor predisponente para la maloclusión presente en niños con dentición temporal o mixta. *Revista Científica Especialidades Odontológicas UG*. 2018 Julio-Diciembre; 1(2).
23. Inocente-Díaz M, Pachas-Barrionuevo F. Educación para la Salud en Odontología. *Rev. Estomatol Herediana*. 2012 Octubre-Diciembre; 4(22).
24. Crespo-Mafrán M, Riesgo-Cosme Y, Laffita-Lobaina Y, Torres-Márquez P, Márquez-Filiú M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISAN*. 2009 Julio-Agosto; 13(4).
25. Academia Mexicana de Odontología Pediátrica. AMOP. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 5. Available from: https://www.amop.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/IMG_0248.jpg.
26. Academia Mexicana de Odontología Pediátrica. AMOP. [Online].; 2022 [cited 2022 Noviembre 15. Available from: <https://www.amop.org.mx/infografias-amop#>}.
27. Figueiredo-Walter L, Ferelle A, Issao M. *Odontología para el bebé*. 1st ed. Brasil: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2000.
28. P Argüello-Vélez. Hábitos orales, un abordaje interdisciplinar. In. Santiago de Cali: USC; 2020. p. 76-89.

29. De la Fuente-Hernández J, Sifuentes-Valenzuela M, Nieto-Cruz M. Promoción y educación para la salud en odontología. 1st ed. México: Manual moderno; 2014.
- Figueroa-de Garzón M, Aimé-de Bilbao A, Sogbe-de Agell R. ALOP. [Online].; 2021 [cited 2022 Octubre 30. Available from: <https://revistaodontopediatria.org/pdfs/estrategias-psicoconductuales-en-la-consulta-odonto.pdf>}.
31. Hospital Universitario de Navarra. Salud Navarra. [Online]. [cited 2022 Diciembre 5. Available from: [HYPERLINK "https://www.navarra.es/es/web/hun-pediatria"](https://www.navarra.es/es/web/hun-pediatria) <https://www.navarra.es/es/web/hun-pediatria> .
32. Asociación Española de Pediatría. AEP. [Online]. [cited 2022 Diciembre 5. Available from: [HYPERLINK "https://www.aeped.es/secretaria-0"](https://www.aeped.es/secretaria-0) <https://www.aeped.es/secretaria-0> .