

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA RELACIONADA A
HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2018.

Para Optar el Título Profesional de:
CIRUJANO DENTISTA

TESISTA

BAILÓN NAUPAY, Sussan Elizabeth

ASESORA

C.D. CORNEJO GAYOSO Álvaro Antonio

Huánuco - Perú
2019

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 04:00 P.M. del día 11 del mes de Diciembre del año dos mil diecinueve se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

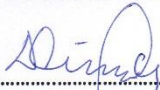
Mg. C.D. Aníbal Eleuterio Espinoza Grijalva	Presidente
C.D. Julio Walter Palacios Chumpitaz	Secretario
Mg. C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 2384-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

“PRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA RELACIONADA A HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2018”, presentado por el Bachiller en Odontología, la Srta. **Bailon Naupay, Sussan Elizabeth**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Suficiente por buena con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO.


Siendo las 05:05 P.M. del día 11 del mes de Diciembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



.....
Mg. C.D. Aníbal Eleuterio Espinoza Grijalva
PRESIDENTE



.....
C.D. Julio Walter Palacios Chumpitaz
SECRETARIO



.....
Mg. C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: Srta. Bailón Naupay, Sussan Elizabeth; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final "FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA RELACIONADA A HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2018", para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 11 de Diciembre del 2019 a horas 04:00 P.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 13 de Diciembre del 2019.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
E.A.P. ODONTOLOGÍA

Mag. *[Firma]* Palomino
COORDINADOR ACADÉMICO

DEDICATORIA

A mi madre y padre, por ser mí soporte, por la vida, por creer en mí, porque siempre estuvieron a mi lado apoyándome en los malos y buenos momentos. A mis hermanos a quienes amo y respeto, por la paciencia y el apoyo incondicional para poder cumplir con mis metas.

A mi familia por haber sido mí más grande impulso durante todo este camino, los amo tanto, gracias por estar conmigo siempre y guiarme; a Dios pues está presente en todo lo que consigo.

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer principalmente a Dios por permitirme culminar una etapa más en mi vida y ayudarme a salir adelante en cada problema que se me presenta, a mi mamá, mi papá y mis hermanos por siempre estar allí cuando lo necesito.

A mi alma mater: Universidad de Huánuco – Escuela de Odontología por incentivar a los alumnos a realizar investigaciones en diversos temas de interés.

A todos mis maestros que a lo largo de mi carrera me brindaron y aportaron sus conocimientos y habilidades, gracias a ellos confié en mis conocimientos y criterio clínico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenidos.....	IV
Índice de tablas	VI
Índice de gráficos	VII
Resumen.....	VIII
Summary.....	IX
Introducción.....	X
Capítulo I	
1. Problema de investigación.....	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3 Objetivo general	12
1.4 Objetivos específicos.....	12
1.5 Justificación de la investigación.....	13
1.6 Limitaciones de la investigación	13
1.7 Viabilidad de la investigación.....	14
Capítulo II	
2. Marco Teórico.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.1.1 Antecedentes internacionales	16
2.1.2 Antecedentes nacionales	18
2.1.3 Antecedentes locales	19
2.2 Bases teóricas.....	19
2.3 Definiciones conceptuales	42
2.4 Hipótesis	43
2.4.1 Hipótesis general	43

2.5 Variables	43
2.5.1 Variable independiente.....	43
2.5.2 Variable dependiente	43
2.6 Operacionalización de variables	44
Capítulo III	
3. Metodología de la investigación.....	45
3.1 Tipo de investigación.....	45
3.1.1 Nivel de investigación.....	45
3.1.2 Método de investigación.....	45
3.1.3 Diseño y esquema de investigación	46
3.2 Población y muestra	46
3.2.1 Población	46
3.2.1 Muestra	46
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	47
3.5 Plan de tabulación y análisis	48
Capítulo IV	
4. Resultados	49
4.1 Procesamiento de datos.....	49
Capítulo V	
5. Discusión de resultados.....	61
5.1 Contrastación de resultados	61
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 Prevalencia de mordida abierta en los pacientes del HMCL.	49
Tabla N° 02 Distribución de los pacientes con mordida abierta según edad	50
Tabla N° 03 Tipos de mordida abierta según sexo.....	51
Tabla N° 04 Mordida abierta asociado a succión digital en niños de 6 a 13 años.....	53
Tabla N° 05 Hábito respira por la boca en pacientes con mordida abierta	55
Tabla N° 06 Succión labial asociado a mordida abierta en el HMCL.....	57
Tabla N° 07 Onicofagia en pacientes con mordida abierta en el HMCL ...	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01 Prevalencia de mordida abierta en los pacientes del HMCL	49
Gráfico N° 02 Distribución de los pacientes con mordida abierta según edad	50
Gráfico N° 03 Tipos de mordida abierta según sexo	51
Gráfico N° 04 Mordida abierta asociado a succión digital en niños de 6 a 13 años.....	53
Gráfico N° 05 Hábito respira por la boca en pacientes con mordida abierta	55
Gráfico N° 06 Succión labial asociado a mordida abierta en el HMCL	57
Gráfico N° 07 Onicofagia en pacientes con mordida abierta en el HMCL	59

RESUMEN

Introducción: En la actualidad podemos encontrar presencia de mordida abierta anterior debido a múltiples factores, entre ellos encontramos los hábitos bucales, la cual puede provocar modificaciones en la posición de los dientes, relación transversal de las arcadas, y la función de la musculatura orofacial. Si el problema es detectado y tratado de manera oportuna se podría evitar la presencia de este tipo de maloclusion.

Objetivo: Determinar la frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018.

Materiales y Métodos: para el estudio, el diseño de investigación fue de nivel correlacional – observacional; la muestra fue por conveniencia de 290 niños de 6 a 13 años de edad, que asistieron Hospital Militar Central Lima, se realizaron encuestas minuciosas a fin de hallar la frecuencia de mordida abierta relacionados a habito bucales.

Resultados: En el presente estudio por una muestra constituido por 290 niños, la mayor frecuencia de mordida abierta relacionado con los hábitos bucales se encontró en el sexo masculino 57.70%, seguido por el sexo femenino con un 42.30%. La mayor frecuencia de mordida abierta se encontró en la edad de 6 años con 24.40% y en la edad donde menor frecuencia de mordida abierta se presento es, de 10 años con 4,40%. El cual el 55.60% presenta mordida abierta anterior, el 26.70% presenta mordida abierta posterior y por último el 17,80% presentan mordida abierta completa. El habitó con que mayor frecuencia se presento es de succión digital con 20 casos y la menor frecuencia es onicofagia con tan solo 1 caso.

Conclusión: En el grupo de estudio se presentó mayor frecuencia de mordida abierta anterior por habito de succión digital, seguido de respiración bucal teniendo en consideración que los niños presentaron un mayor rango de prevalencia y la edad de mayor incidencia fue de 6 años.

Palabras claves: Mordida Abierta anterior, Hábitos bucales.

SUMMARY

Introduction: At present we can find presence of anterior open bite due to multiple factors, among them we find oral habits, which can cause changes in the position of the teeth, transverse relationship of the arches, and the function of the orofacial musculature. If the problem is detected and treated in a timely manner, the presence of this type of malocclusion could be avoided.

Objective: To determine the frequency of open bite related to oral habits in children from 6 to 13 years old at the Military Hospital Central Lima 2018.

Materials and Methods: for the study, the research design was correlational - observaconal; The sample was for convenience of 290 children from 6 to 13 years of age, who attended Central Military Hospital Lima, thorough surveys were conducted in order to find the frequency of open bite related to oral habits.

Results: In the present study, for a sample consisting of 290 children, the highest frequency of open bite related to oral habits was found in the male sex 57.70%, followed by the female sex with 42.30%. The highest frequency of open bite was found in the age of 6 years with 24.40% and in the age where the lowest frequency of open bite occurred is, 10 years with 4.40%. Of which 55.60% have a previous open bite, 26.70% have a subsequent open bite and finally 17.80% have a full open bite. The habitat with the highest frequency was digital suction with 20 cases and the lowest frequency is onychophagy with only 1 case.

Conclusion: In the study group, there was a higher frequency of anterior open bite due to a digital suction habit, followed by oral breathing considering that children had a higher prevalence range and the age of highest incidence was 6 years.

Keywords: Anterior Open Bite, Mouth habits.

INTRODUCCIÓN

La mordida abierta puede modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. (1) Se ha descrito clásicamente como una deformidad de etiología multifactorial. La mordida abierta dental en el sector anterior, y cruzada posterior son dos tipos de mordidas más frecuentes que pueden encontrarse principalmente en niños. (1) La mordida abierta anterior puede definirse como la ausencia de contacto de los dientes anteriores del maxilar con los antagonistas mandibulares, entre las diferentes etiologías que presenta, destacaremos el hábito de succión digital el cual consiste en introducir uno o varios dedos en la boca provocando modificaciones en la posición de los dientes, el tipo de relación transversal y la función de la musculatura orofacial. (2) Los hábitos bucales son las costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto. Los hay que se consideran fisiológicos, como son la respiración nasal, masticación, deglución y existen también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos las succiones no nutritivas (que puede ser de dedo, chupete, etc.), la respiración oral, la interposición lingual. (2) La presencia de este desorden oclusal mayormente en niños se debe a diferentes factores tales como los hábitos, el más frecuente por succión digital, el uso de chupete durante mucho tiempo, la respiración bucal y en menor frecuencia, pero no menos importante la carga genética. (3) Los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u Odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de mal oclusiones. (3) Nuestro país no cuenta con datos acerca de esta patología por lo que resulta interesante conocer con qué frecuencia se presenta este tipo de mordida en una comunidad escolar donde existen niños de una misma edad, pero con diferentes estadios de crecimiento y desarrollo facial como así también es importante conocer el factor etiológico que produce este tipo de mordida. (3)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Subtelney y Sakuda en 1967 definió la mordida abierta como el aumento de dimensión vertical entre los bordes incisales de dientes anteriores tanto del maxilar superior como de la mandíbula. (4)

Dawson en el año 1998 afirmó que la etiología de la mordida abierta está relacionada con la succión del dedo pulgar, uso de chupetes o chupón, posición de la lengua, obstrucción de las vías aéreas problemas en el septo nasal y bloqueo de cornetes; amígdalas y adenoides agrandadas y anomalías de crecimiento esquelético. (4)

Un estudio realizado en la universidad José Antonio Páez en Caracas afirmó que la frecuencia e intensidad de los malos hábitos bucales junto con las patologías que cada paciente presenta son uno de las causas para que se desarrolle alteraciones oclusales. Una investigación efectuada en Chile acerca de la prevalencia de mordida abierta en niños muestra que existe relación de esta mala oclusión en unos 57 % con el hábito de succión resultado que confirma la dependencia entre hábitos bucales y la mordida abierta los cuales alteran la armonía dental. (5)

La incidencia de mordida abierta anterior es el 17%, varios estudios afirman que esta alteración en la oclusión va disminuyendo conforme el paso de los años: en adolescentes 2%, caucásicos y personas de raza negra en un 16% debido a la maduración neuronal del niño, disminución del tamaño de los adenoides, establecimiento de la deglución normal adulta y hábitos bucales. (6)

La prevalencia de mordida abierta en dientes anteriores está relacionada con el sexo del paciente. Pérez en el año 2010 realizó una investigación en una población infantil de México, cuyas edades oscilaban entre los 5 a 12 años. En ella obtuvo como resultado mayor presencia de mordida abierta en niñas con el 54,6% y en niños con el 45%. Otro estudio realizado en la ciudad de Chile encontró que en

pacientes de sexo femenino entre 3 y 4 años de edad se presentó un mayor número de afectación, con un 76% total de la muestra. (7)

1.2 Formulación del problema

Por los argumentos expuestos el problema queda planteado de la siguiente manera:

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre mordida abierta y hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018?

1.2.2 Problemas específicos

Pe 01: ¿Cuáles son las características generales según sexo y edad de los pacientes que presentan mordida abierta?

Pe 02: ¿Cuál es la relación que existe entre el hábito de succión digital y mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?

Pe 03: ¿Cuál es la relación que existe entre el hábito succión labial y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?

Pe 04: ¿Cuál es la relación que existe entre el hábito de respiración bucal y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?

Pe 05: ¿Cuál es la relación que existe entre la onicofagia y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?

1.3 Objetivo general

Determinar la relación entre mordida abierta y hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018.

1.4 Objetivos específicos

Oe 01: Identificar las características generales según sexo y edad de los pacientes que presentan mordida abierta

Oe 02: Determinar la relación y frecuencia que existe entre los hábitos succión digital y mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.

Oe 03: Determinar la relación que existe entre el hábito succión labial y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.

Oe 04: Determinar relación que existe entre el hábito de respiración bucal y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.

Oe 05: Determinar la relación que existe entre la onicofagia y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.

1.5 Justificación de la investigación

Teórica

Es muy importante conocer los datos que nos brinden información acerca de los factores que determinan la aparición de la mordida abierta y la necesidad de su corrección para mejorar la estética, funcionabilidad, fonación, en sí todas las funciones del sistema estomatognático. Datos que nos brinden mayor conocimiento con características propias de nuestra población y poder contrastarlo con los resultados de otras realidades.

Metodológica

El siguiente trabajo puede de notar una importancia profesional dado que mediante la misma se logró obtener datos estadísticos acerca de la falta de conocimiento de la mordida abierta relacionado a los hábitos bucales y sus secuelas.

Social

El motivo por el cual se decidió realizar el siguiente trabajo de investigación, fue porque la manera de prevenir una mordida abierta relacionado a hábitos bucales es a una edad temprana, para conocer más ampliamente la prevalencia de esta alteración de salud bucal y poder así determinar en qué edades es más frecuente, ya que es de suma importancia dar a conocer a los padres sobre esta situación y crear conciencia sobre la prevención odontológica temprana para que en un futuro tengan una baja incidencia de estas alteraciones dentarias.

1.6 Limitaciones de la investigación

Algunas de las limitaciones fueron:

- ✓ Escasez información relacionados con el tema de investigación.
- ✓ Niños no colaboradores, que se negaban a cooperar.

✓ El tiempo de disposición de las madres.

1.7 Viabilidad de la investigación

Técnica.

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativa.

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económica.

Esta investigación es factible por el investigador ya que se cuenta con todos los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por el investigador.

Por todo lo mencionado el estudio es factible o viable para su realización.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

- **Flores L. Quito Ecuador, 2018. “la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y las maloclusiones dentales”** OBJETIVO: Estableció la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y las maloclusiones dentales en dos escuelas (Unidad Educativa Gran Bretaña y la Unidad Educativa 6 de diciembre) de la ciudad de Quito. METODOLOGÍA: En dicho trabajo realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en una muestra 120 niños de 7 a 10 años. Obtuvo como RESULTADO: en relación a la prevalencia de los hábitos orales 52% para el colegio 6 de diciembre y 51% para el colegio Gran Bretaña; succión digital 6% 6 de diciembre y 11% Gran Bretaña; succión labial 18% 6 de diciembre y 23% Gran Bretaña; interposición labial 3% 6 de diciembre y 1% Gran Bretaña; respiración bucal 20% 6 de diciembre y 5% Gran Bretaña. En la relación molar predominó el plano terminal recto en las dos escuelas; en sentido vertical en la escuela 6 de diciembre se obtuvo 41% para la mordida profunda y 13% para la mordida abierta anterior, y en la escuela Gran Bretaña se obtuvo 52% para la mordida profunda y 4% para la mordida abierta anterior. CONCLUSIÓN: que las maloclusiones tienen relación con los hábitos orales (maloclusiones verticales están relacionadas a las respiración bucal, interposición lingual y succión). (8)
- **Martens. C. Santiago de Chile, 2015. “Prevalencia de mordida abierta y malos hábitos bucales en niños de 3 y 7 años de sectores vulnerables de Santiago”.** OBJETIVO: Se Observó altas cifras de prevalencia de Anomalías Dentomaxilares, surge la motivación de investigar la prevalencia

de Mordida Abierta asociada a malos hábitos y conocer su prevalencia en sectores vulnerables de Santiago como son: Población La Pincoya en el caso de Huechuraba y Población San Ricardo en La Pintana. METODOLOGÍA: El método utilizado en esta investigación es tipo descriptivo de corte transversal dadas las características del problema, objetivos, recursos de tiempo y económicos disponibles. RESULTADO: La muestra estuvo conformada por 192 niños dónde el 50% tenía 3 años de edad y el otro 50% 7 años de edad considerando ambos sexos. Se envió previo consentimiento y encuesta a los apoderados y se examinó a los niños en los establecimientos educacionales consignando en una ficha clínica todo lo observado. CONCLUSIÓN: La Prevalencia de Mordida Abierta asociada a Malos Hábitos disminuye con la edad a pesar de que la prevalencia de malos hábitos aumente, debido a que los factores etiológicos principales de la anomalía, como lo son los hábitos de succión, disminuyen con la edad. (9).

- **Li Carrillo L. Aróstica A. Viña del Mar - Chile (2016). Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de viña del mar.** OBJETIVO: El propósito de la presente investigación es determinar la prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares pertenecientes a establecimientos municipales de Viña del Mar, puesto que conocerla es esencial para poder instaurar medidas preventivas e interceptivas. METODOLOGIA: EL estudio que se realizo fue de nivel descriptivo de prevalencia. Previo al desarrollo de esta investigación se realizó un estudio piloto, con el objetivo de evaluar la metodología de trabajo, instrumentos de recolección de datos y determinar el tamaño muestral. RESULTADO: La prevalencia de hábitos orales disfuncionales encontrada fue de un 95,11%, (IC 95% [90,82% - 97,45%]),

siendo 3 la cantidad más frecuente hallada en pre-escolares de 5 años, de género masculino y pertenecientes a pre-kínder. No existieron diferencias estadísticamente significativas con las variables edad, género ni curso, siendo todas estas independientes de la presencia y cantidad de “malos hábitos orales”. **CONCLUSIÓN:** No existieron diferencias estadísticamente significativas con las variables edad, género ni curso, siendo todas estas independientes de la presencia y cantidad de anomalías dentomaxilares. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en diversos estudios nacionales e internacionales, demostrando que las maloclusiones constituyen un problema de salud pública que requiere una mayor cobertura por parte de los gobiernos. (10)

- **Morales. E. Guayaquil, Ecuador (2016) “Prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital; Escuela Apóstol Santiago, Guayaquil 2015”.** **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital de la Escuela Apóstol Santiago. **METODOLOGIA:** Estudio es de tipo descriptivo observacional en 150 pacientes, edades comprendidas entre los 6 a 8 años, pertenecientes a la Escuela Apóstol Santiago, se realizaron historias clínicas minuciosas a fin de hallar una prevalencia de mordida abierta anterior causada por el hábito de succión digital. **RESULTADOS:** El 32% del total de la muestra de estudio presento mordida abierta anterior, de estos el 52% era ocasionada por habito de succión digital. Destacándose la edad de 8 años con un 46%, de los cuales, el 54% era femenino y 46% masculino. Se observó que este hábito era realizado 2 veces al día mayoritariamente (46%), La duración con mayor prevalencia fue de 30 minutos con un 33%, y el 50% realizaba el hábito moderadamente. **CONCLUSIÓN:** En el grupo de estudio se presentó mayor frecuencia de mordida abierta anterior por habito

de succión digital, teniendo en consideración que las niñas presentaron un mayor rango de prevalencia y la edad de mayor incidencia fue de 8 años. (11)

2.1.2 Antecedentes nacionales

- **Zapata, M. Perú (2013). Prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores.** OBJETIVO: relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores, METODOLOGIA: El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá las variables de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis bivariado. La muestra fue conformada por 154 niños. RESULTADOS: fueron la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$). CONCLUSION: Concluyendo que si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. (12)
- **Tejada. S. Perú, 2017. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017.** OBJETIVO: fue Determinar la relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa N°18006 Pedro Castro Alva,

Chachapoyas – 2017. La población muestral estuvo constituida por 85 estudiantes. METODOLOGIA: El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá las variables de estudio fue transversal. La población muestral estuvo constituida por 85 estudiantes RESULTADOS: resultados fueron: del 100% de estudiantes evaluados; el 48.2% no presenta ningún hábito bucal y tiene maloclusiones. Respecto a la tipología de maloclusiones; el 65.9 % presentaron clase I, el 14.1% clase II, el 7.1% clase III. De acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó maloclusión dentaria anteroposterior, el 20.0% vertical y el 16.5% transversal. Respecto a maloclusión vertical, se encontró que el 80.0% no presenta ninguna, el 11.8% presentó mordida abierta anterior y el 8.2% mordida profunda. Respecto a la maloclusión transversal el 83.5% no presentó ninguna mala oclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera. Respecto a los hábitos bucales el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; el 15.3% respiración bucal; el 10.6% succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio. CONCLUSION: sí existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. (13)

2.1.3 Antecedentes locales

No se encontró ninguna investigación similar.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Mordida abierta:

2.2.1.1 Definición

La definición de mordida abierta varia también según los distintos autores. Desde la mitad del pasado siglo, en que fue descrita por Carabelli, conocemos como mordida abierta la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. También en la misma época Defoulon hizo notar que hay influencias externas e internas en el desencadenamiento de esa falta de contacto dentario (14).

El concepto de mordida abierta varía entre las diferentes escuelas.

Para unos es la disminución del grado de sobremordida o resalte vertical normal, para otros un contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. Y puesto que los criterios son distintos también la incidencia de la maloclusión tiene una variabilidad de acuerdo con el concepto del clínico o investigador. (14)

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre los dientes superiores e inferiores que manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de la arcada. En ocasiones los incisivos superiores llegan a cubrir verticalmente a los inferiores, pero falta el contacto del borde incisal de los incisivos mandibulares con la estructura antagonista, tanto si es la mucosa palatina como la cara lingual de los incisivos maxilares. La presencia de una apertura interdientaria en el momento del cierre oclusal define así la mordida abierta. (14)

2.1.2.2 Etiología

Pocas maloclusiones resultan de la actuación de una causa única, y la mordida abierta, como cualquier otro tipo de maloclusión, proviene de una serie de factores

etiológicos de origen hereditario o no que ejercen su acción en el período pre o posnatal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. (15)

La maloclusión tiene un origen multifactorial e influye en los caracteres constitucionales que se oponen o contribuyen a desarrollar la anomalía. (15)

Las mordidas abiertas anteriores desde el punto de vista etiológico se agrupan en dos categorías. Las primeras incluyen aquellas mordidas abiertas dentales o adquiridas que no presentan ningún tipo de anomalía craneofacial concomitante. Las segundas son las propias de pacientes con displasias óseas maxilofaciales, mordidas abiertas esqueléticas o constitucionales, que van acompañadas de una falta de contacto en la zona anterior de la dentición. Las mordidas abiertas dentales resultarían de la obstrucción o impedimento a la erupción de los incisivos. Muchas de ellas remiten y 75-80% de ellas mejoran espontáneamente sin ningún tipo de tratamiento. (16)

Son, por tanto, consecuencia del fallo eruptivo en la fase del recambio dentario o de algún factor local que se opone al normal crecimiento vertical de los incisivos. (16)

El grupo con malformación craneofacial tiene unas anomalías del esqueleto maxilofacial precedidas por un aumento de la altura facial inferior, hiperdivergencia de los planos horizontales de referencia (plano mandibular, plano oclusal, plano palatino) y acortamiento de la altura facial posterior. El armazón óseo es el responsable de la anomalía y la mordida abierta anterior es una consecuencia de la displasia esquelética. Algunas décadas atrás, se consideraban principalmente como cambios dentoalveolares; es decir, solo modificaciones

por hábitos orales. De manera que el tratamiento resultaba apropiado si se trataba solo de malas relaciones dentarias, pero, contrariamente, no se resultaba eficiente cuando se trataba de un desbalance esquelético. (16)

Vamos a considerar en esta revisión etiológica cinco posibles factores causales:

- a) Desarrollo dentario
- b) Herencia
- c) Hábitos de succión
- d) Deglución anómala y respiración oral
- e) Patrón morfogénico vertical (16)

a) Desarrollo Dentario

La erupción de los dientes permanente sufre en ciertos niños un desajuste secuencial o cronológico que condiciona la falta de contacto vertical. Son mordidas abiertas transicionales en las que se sobreañade una interposición de la lengua que trata de rellenar el hueco existente y se autocorrigen con la gradual erupción fisiológica que cierra el contacto dentario. (17)

La mordida abierta es una de las anomalías que a veces sorprenden en su evolución por la mejoría espontánea sin medida ortodóntica alguna, este fenómeno biológico explica también el éxito de muchos aparatos en el tratamiento de estas maloclusiones cuando se aplica en primera fase de la dentición mixta. (17)

b) Herencia

Las maloclusiones pueden tener su origen en las características hereditarias, o sea, los hijos heredan algunas características de los padres. Esos factores pueden ser modificados por: ambientes pre y pos natal, hábitos anormales, trastornos nutricionales, y otros, sin embargo, el

patrón básico persiste. Se puede afirmar que existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentolabial, pues el patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario. De acuerdo con los conocimientos actuales, los tejidos pueden ser afectados genéticamente: sistema neuromuscular, dientes, tejidos óseos cartilaginosos o tejidos blandos. (18)

c) Hábito de succión

Una de las actividades orales más comunes del niño es chuparse el pulgar y los dedos. Los hábitos de succión son totalmente normales en la infancia y el bebé chupara cualquier objeto que se ponga en contacto con los labios. Este comportamiento reflejo puede durar varios años y se trata de un reflejo de adaptación común en los mamíferos. Al tratarse de una actividad normal, la succión del pulgar y los dedos puede ignorarse en la infancia, y un hábito de succión del pulgar o de los dedos que se detiene a los 2-3 años de edad no produce ninguna malformación permanente del maxilar o de la mandíbula ni el desplazamiento de los dientes. Sin embargo, si continúa realizándose más allá del momento en el que erupcionan los incisivos permanentes, casi siempre supone un factor en la producción de maloclusión en la parte anterior de la boca. La mayoría de los niños con más edad que siguen chupando el dedo tienen lo que se denomina un hábito "vacío", solo se trata de algo que siempre han hecho. Estos niños suelen ser, en general receptivos a los motivos por los que deberían eliminar esa costumbre y muchos de ellos pretenden abandonarla. Sin embargo, una minoría (sobre todo si el hábito se ha restablecido) puede tener problemas sociales o psicológicos subyacentes que convendría investigar. (18)

La deglución atípica es frecuentemente acompañada de ruido

cuando se digieren líquidos, pudiendo desarrollar también movimientos de compensación de la cabeza durante la deglución. Debido a la falta de coordinación entre la respiración y la masticación, esta segunda es insuficiente, siendo frecuente los atragantamientos. Cuando habla, el afectado por la deglución atípica, manifiesta una fuga lateral o anterior de la lengua que resulta en siseo lateral y siseo anterior, respectivamente. El siseo anterior se verifica con mayor frecuencia. El paciente deja escapar constantemente gran cantidad de saliva cuando habla. Su voz es ronca o nasal. En este tipo de paciente también es frecuente la insuficiencia velopalatino que conduce generalmente a la apnea del sueño. En la boca se puede observar hipertrofia de las encías y halitosis. (19)

Hay estrechamiento de las arcadas debido a alteraciones de la función de contención interna, afectando la lengua y el hioides, y externa, afectación muscular de los bucinadores y de los orbiculares de los labios. El paladar tiene forma ojival. Como falta de espacio para la lengua y los dientes, se desarrollan alteraciones oclusivas, y las recidivas ocurren siempre que las funciones desempeñadas por las estructuras que constituyen el aparato estomatognático no sean adecuadas. (19)

Encontramos:

- Proinclinación y protrusión de los incisivos superiores.
- Los incisivos inferiores pueden o no estar desplazados en sentido lingual debido al hábito anómalo de succión.
- Mordida cruzada posterior debido a la sobreactividad del buccinador que comprime el maxilar.
- Mordida anterior abierta.
- Tendencia de la lengua a perpetuar la mordida abierta con empuje anterior de la lengua, ya que los incisivos maxilares

proinclinados y una mordida abierta anterior favorecen la colocación avanzada de la lengua. (20)

d) Respiración oral y deglución anómala.

El síndrome de respirador bucal reproduce cuando el paciente, por muchas y distintas motivaciones, sustituye el patrón correcto de respiración, que es el nasal, por un patrón de suplencia bucal o mixta. (29)

El seguimiento exclusivo de estos pacientes podemos afirmar que la respiración bucal es poco frecuente, lo común es que el paciente no pueda respirar libremente por la nariz y efectúe una respiración mixta: nasal y bucal. Al nacer, el niño respira por la nariz y si no hay interferencia el hábito del biberón seguirá haciéndolo durante toda su vida. Cuando succiona el pecho de la madre se esfuerza el mantenimiento del patrón respiratorio correcto. Al mismo tiempo que asume la postura correcta de la lengua en la deglución, es decir, manteniéndola sobre la papila incisiva, respirando por la nariz, el niño establece el crecimiento y el desarrollo armonioso de las estructuras implicadas en la respiración. (21)

Esto ocurre cuando el niño se alimenta del pecho de la madre; cuando lo hace a través del biberón, el modo en que succiona es completamente distinto: no ocurre el cierre labial perfecto, no se establece la respiración y la postura de la lengua es completamente distinta a la correcta. De esta forma, el pezón de la madre constituye el primer aparato ortopédico, y el amamantamiento materno la primera mioterapia orofacial. Las alteraciones de la boca hacen que la lengua se coloque mal, es decir, manteniendo la punta baja y el dorso elevado. Se presenta así hipotonía, no pudiendo permanecer en la papila y provocando que la lengua deje de realizar sus funciones correctamente. (21)

Cuando la lengua se coloca en posición anterior, puede decirse que estamos delante de la denominada mordida abierta que afecta el habla y la deglución: si para permitir el paso del bolo alimenticio en la deglución, la lengua se mueve hacia adelante tocando el paladar duro, se verifica la protrusión, si, por el contrario, la lengua se expande, presionando las arcadas en la región de los molares, la mandíbula se hunde en el maxilar y surge la sobremordida. Si permanece baja, estimulando el crecimiento de la rama ascendente, la parte hundida será el maxilar, denominándose prognatismo. (21)

Todos los respiradores bucales tienen una deglución atípica, pero lo contrario no es verdadero, es decir, no todos los casos de deglución atípica son necesariamente respiradores bucales. (21)

e) Patrón morfogenético vertical

Las mordidas abiertas, identificables en la dentición, suelen tener un componente esquelético que se caracteriza por un incremento en la altura facial inferior: la distancia desde la base nasal hasta la base mandibular está aumentada con respecto al tercio medio facial. (22)

En la etiopatogenia influye el tipo de crecimiento facial, que es aquí de tipo vertical con tendencia a la rotación posterior de la mandíbula. Si en la mayoría de los casos la sínfisis tiende a crecer por igual hacia adelante y abajo, en las mordidas abiertas esqueléticas predomina el descenso sobre el adelantamiento mandibular. (22)

2.2.1.4 Problemas Verticales

La mordida abierta aparece durante la dentición primaria y suele afectar a niños con proporciones esqueléticas correctas que tienen hábitos de succión. Si las proporciones esqueléticas son correctas, la mordida abierta anterior tiende

a corregirse espontáneamente al abandonar el hábito de la succión. En la mayoría de los casos, no está justificado emplear métodos expeditivos para evitar que un preescolar se chupe el dedo (como aparatos dentales u otros métodos coactivos). Hasta los 5 años más o menos, es probable que el hábito de la succión provoque problemas duraderos en niños con buenas relaciones maxilares esqueléticas. No está indicado el empleo de aparatos ortodóntico para cerrar de forma activa una mordida abierta durante la dentición primaria. (23)

No hay motivos para colocar un aparato, ya sea para modificar un hábito o para desplazar los dientes, si existe la posibilidad de que la situación se corrija sola sin ningún tipo de tratamiento. También es posible que una mordida abierta se deba a una discrepancia maxilar esquelética de tipo Dolicofacial, caracterizada por una mayor altura del tercio anteroinferior de la cara. Es poco probable que se produzca una corrección espontánea de la mordida abierta en estos niños. No obstante, no está indicado aplicar algún tratamiento para modificar el crecimiento, por los mismos motivos aducidos para las relaciones de Clase II y Clase III esqueléticas: si se corrige el problema durante la dentición primaria, es probable que recidiva con relativa rapidez al interrumpir el tratamiento activo. (23)

En el caso de la mordida abierta anterior, los indicios esqueléticos de la mordida abierta anterior son el aumento de la altura facial anterior y un plano mandibular empinado; ambos signos reflejan un crecimiento vertical excesivo del maxilar superior y rotación de la mandíbula, así como una excesiva erupción de los dientes posteriores. Debido a la rotación posteroinferior de la mandíbula es probable que el

paciente desarrolle una relación de maxilar de clase II además del problema vertical. (24)

El tratamiento para modificar el crecimiento va dirigido para controlar el crecimiento maxilar vertical y la erupción en ambos arcos dentales. (24)

En niños más pequeños, la causa principal de mordida abierta anterior es el hábito de la succión u otras influencias ambientales. Es frecuente que durante el periodo de dentición mixta se produzca una corrección espontánea de las mordidas abiertas causadas por esos hábitos que puede favorecerse mediante un tratamiento relativamente sencillo. Sin embargo, al llegar a la adolescencia las causas ambientales de mordida abierta anterior tienen menos importancia que los factores esqueléticos. Es raro, que la mordida abierta anterior en un adolescente se deba exclusivamente a algún hábito o que la mordida abierta se corrija espontáneamente tras corregirlo. (25)

En el pasado, se atribuían a la deglución con protrusión lingual muchas de las mordidas abiertas de los adolescentes y se procuraba enseñar a los pacientes a deglutir correctamente para tratar de controlar los problemas de mordida abierta anterior, sin embargo, investigaciones actuales revelan que la deglución con protrusión lingual es más una adaptación de la mordida abierta que la causa misma. De ahí que la terapéutica miofuncional para la protrusión lingual no de resultado ni resulte recomendable. (25)

2.2.1.5 Clasificación de las Mordidas Abiertas

Para la escuela británica las mordidas abiertas son clasificadas en mordidas abiertas falsas y verdaderas, las verdaderas responden a un patrón esquelético facial en el que la dolicocefalia e hiperdivergencia en la relación de los

maxilares constituye la base de la maloclusión, los huesos están tan separados entre sí que los dientes no llegan a alcanzar la línea de contacto oclusal. (26)

Frente a estas mordidas abiertas, de origen esquelético y carácter constitucional, estarían las falsas (o pseudomordida abierta), donde también falta el contacto, pero la morfología facial es normal y la apertura vertical tiene un origen local; la relación ósea vertical es correcta y el problema es exclusivamente alveolo dentario. (26)

En la actualidad distinguimos las mordidas abiertas con otros términos, el mismo sentido clasificatorio y se habla de mordida abierta dentoalveolares y mordida abierta esquelética o estructurales. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afectan a las bases óseas, la mordida abierta es dental. (27)

A continuación, plantearemos los tipos de clasificación de mordidas abiertas según diferentes autores: (27)

a) Según la escuela británica las mordidas abiertas se clasifican en:

Mordidas abiertas verdaderas:

- Son de origen esquelético.
- Patrón esquelético Dolicocefálico.
- Hiperdivergencia de los maxilares (los huesos están tan separados, que los dientes no se alcanzan para tener contacto). (28)

Mordidas abiertas falsas:

- Es donde también falta el contacto, pero la morfología facial es normal y la apertura vertical tiene un origen local, es exclusivamente alveolo dentario.

b) Existen otras clasificaciones según la zona donde se presenta la anomalía en:

- Mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.
- Mordida abierta posterior, si afecta a los segmentos bucales posteriores, que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
- Mordida abierta completa, si el contacto solo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior. (29)

2.2.1.6 Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta dentaria

- ✓ Apariencia facial normal.
- ✓ La mordida abierta es localizada y no se extiende más allá de los caninos.
- ✓ Se necesita adaptación labial y lingual para lograr el sellado bucal.
- ✓ La curvatura anterior de la arcada mandibular se aplanan por la presión del labio inferior, se retroinclinan los incisivos inferiores y aparece un ligero apiñamiento.
- ✓ Si la mordida abierta es producida por un hábito de succión digital, la protrusión de los dientes superiores y la retrusión de los inferiores es más acentuada, está aumentado el resalte y hay apiñamiento severo. (30)

2.2.1.7 Características cefalométricas de la mordida abierta dentaria.

- ✓ Características cefalométricas dentro de los límites normales.
- ✓ Los valores óseos de la cefalometría van a depender del tipo de patrón facial del paciente y de las relaciones intermaxilares.

- ✓ Los valores dentarios suelen estar alterados. Y los pacientes con mordida abierta de tipo esquelética, presentan las siguientes características: (30)

2.2.1.8. Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta esquelética

- ✓ Tercio inferior facial está aumentado.
- ✓ El perfil será convexo, recto o cóncavo, dependiendo de la relación anteroposterior de los maxilares con respecto a la posición dentaria, pero siempre estará presente la característica del patrón dolicofacial.
- ✓ La cara es larga, la nariz estrecha y presenta gran actividad muscular para establecer contacto labial.
- ✓ Por incremento de la altura facial inferior se produce una incompetencia labial y un mal funcionamiento de los mismos, además existe una gran tensión de toda la zona peribucal.
- ✓ Presenta exposición gingival excesiva, al sonreír, ya que presenta una apófisis alveolar larga.
- ✓ Presenta gingivitis con frecuencia por el contacto de la encía con el aire que se respira por la boca. (30)

2.2.1.9 Epidemiología

No es posible dar cifras sobre la incidencia general de esta mal oclusión ya que depende del criterio con que se califique la existencia o no de la mordida abierta como de la edad del grupo que se analiza. (31)

La prevalencia de mordida abierta de origen dental en la población infantil de Estados Unidos es aproximadamente de 16% en la raza negra y 4% de la raza blanca, siendo mayor la prevalencia de mordidas abiertas anteriores simples. Las mordidas abiertas son más comunes en los niños, con una marcada frecuencia a corregirse a medida que se avanza en edad hacia las etapas de pubertad y adolescencia. (31)

Existen tres factores que justifican la presencia de mordidas abiertas en los pacientes de menor edad, estas son:

- ✓ El insuficiente crecimiento del reborde alveolar anterior y la presencia de hábitos.
- ✓ El crecimiento diferencial de tejidos linfáticos y cavidad bucal.
- ✓ El crecimiento diferencial de la cavidad bucal y la lengua.

Se añade un cuarto factor importante:

- ✓ El patrón de crecimiento facial. Kantorowitz observó que 4,2% de un grupo de niños de 6 años tenían mordida abierta, sin embargo, solo afectaba a 2,5% de otro grupo de 14 años; esto significa que es previsible encontrar casi dos veces más mordidas abiertas a los 6 que a los 14. En otro estudio hecho por Ruttle, Quigley; hizo un análisis comparativo de la oclusión en niños con hábitos anómalos de succión digital y sin ellos del que se desprende que la mordida abierta era frecuentemente provocada por el hábito. (31)

En los hábitos de succión son más frecuentes en los primeros años de vida de allí que la edad es un factor importante en el desarrollo de la mordida abierta. Los hábitos como la succión digital o de chupón inhibe el desarrollo del reborde alveolar. El tejido linfático que se encuentra en las cavidades nasales y faríngea, se desarrollan muy rápidamente durante los primeros años de vida. Esta hipertrofia crea obstrucción nasofaríngea que altera la función respiratoria, por ende, la lengua es forzada hacia adelante con el objetivo de dar espacio para la respiración situándose entre los incisivos y obstruyendo su erupción. (31)

A medida que el niño crece también se produce un crecimiento de la cavidad nasofaríngea que alivia la situación y se va cerrando gradualmente la mordida abierta. (31)

En el nacimiento la lengua es desproporcionadamente más grande en relación con el tamaño de la cavidad oral. Una lengua grande puede condicionar una mordida abierta que estará presente siempre que continúe la discrepancia volumétrica entre ambas estructuras. (32)

Si los centros de crecimiento situados en la zona anterior y posterior de la cara no crecen armónicamente en el plano vertical se produce una rotación de la mandíbula hacia abajo y hacia atrás. Un patrón de crecimiento con rotación posterior de la mandíbula provoca la separación de las bases óseas en su zona anterior y la mordida abierta dentaria. (32)

Según Proffit, la mordida abierta es más común en la raza negra que en la raza caucásica, Graber y Swain; coinciden con Proffit al reportar que las mordidas abiertas son cuatro veces más comunes en negros que en blancos y más frecuentes en hembras que en varones. En Venezuela, Larocca, Luna, Soto y Vivas, realizaron un estudio sobre la prevalencia de maloclusiones en dos mil personas comprendidas entre las edades de 12 y 16 años, 71 sujetos presentaron mordida abierta, presentando esta maloclusión el 3,6% del total estudiado. Fundacredesa realizó un estudio de la oclusión dental en 1319 sujetos del estado Zulia con edades entre los 6 y 17 años. Del total de la población 8,3% presentó mordida abierta, el sexo masculino representó el 5,5% y el femenino el 11,4%. (33)

2.2.2 Hábitos

2.2.2.1. Definición

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto, inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (34)

2.2.2.2. Hábitos Bucales

Los Hábitos Bucales Deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiologismo bucal. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular. (35)

Algunos hábitos pueden tener base en alteraciones de índole muscular. La forma y la estructura de los músculos, en la mayoría de los casos, no condicionan la aparición de estos hábitos, aunque de forma secundaria estará afectada la función que realiza esta musculatura. (35)

Existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognático. Actúan en diferentes direcciones con diferente potencia y ritmo, llegando a equilibrarse o anularse entre sí. (35)

Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, por lo que el patrón morfogenético de desarrollo, no sólo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que pueden modificarlo. (36)

Los hábitos de deglución anómala, respiración bucal y succión digital inciden de forma muy especial en este mecanismo, por lo que una corrección temprana de estos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores. (36)

2.2.2.3 Clasificación.

a) 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 y la deglución normal.
- ✓ Hábitos perjudiciales o nocivos: Resultan ser los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario. (37)

b) Según 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.
- ✓ Hábitos clínicamente significativos: se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas. (37)

c) Según 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.
- ✓ Hábitos compulsivos: es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica, cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad. (37)

2.2.2.4. Hábitos bucales deformantes

a) Succión digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La

persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos. (38)

Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante; desde el nacimiento hasta los dos años y medio o tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal adaptativo y fisiológico. Si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, existe gran posibilidad de no lesionar el alineamiento dentario. Si, por el contrario, el hábito persiste durante el período de dentición mixta se pueden desencadenar consecuencias importantes en la oclusión dental. (38)

Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca.

La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua. (38)

❖ **Etapas:**

- ✓ **Etapa I** (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico)
 - Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
 - Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
 - Esta succión se resuelve de manera natural. (39)

- ❖ **Etapa II** (Succión del pulgar clínicamente significativo):
 - De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
 - Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
 - Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
 - Definir programas de corrección. (39)
- ❖ **Etapa III** (Succión del pulgar no tratada):
 - Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
 - Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico. (39)

2.2.2.5. Etiología

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. (40)

2.2.2.6. Consecuencias

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Prognatismo Alveolar Superior
- ✓ Estrechamiento de la arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- ✓ Mordida cruzada posterior
- ✓ Dimensión vertical aumentada
- ✓ problemas de articulación.

- ✓ Apoyo de la lengua contra dientes durante alimento y cuando habla.
- ✓ Prognatismo alveolar superior (maxilar superior adelantado).
- ✓ Cierre labial no existe.
- ✓ Labio superior corto y flácido. (40)

2.2.2.7. Tratamiento.

- ✓ Explicar al niño con un vocabulario acorde a su edad los daños que le causaría persistir el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos disminuir la frecuencia.
- ✓ Aparatología (aparatos de ortopedia y ortodoncia rejilla lingual).
- ✓ Terapia mio-funcional, favorecer tono de musculatura ya sea adentro o alrededor de la boca por flacidez o tensión de la musculatura, disociación de movimientos de las estructuras orales.
- ✓ Niños menores de tres años y menores a esta edad no se deberían intentar intervenciones activas, principalmente por falta de desarrollo cognitivo y emocional,
- ✓ Que los ubica en la categoría de niños sin capacidad de cooperación, La mayoría de estos niños detendrán el hábito aproximadamente a los 4 años. (41)

2.2.3. Respiración nasal o normal

2.2.3.1 Definición.

Es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultaneo de la cavidad oral; se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro, en el momento de la inspiración la lengua se eleva y se apoya contra el paladar, produciendo un estímulo positivo para el desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (42)

2.2.3.2. Respiración oral Tipos

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

- a) **Por obstrucción funcional o anatómica:** es la respiración oral en la que nivel de las fosas nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral. (43)
- b) **Por Hábito:** el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. (43)

2.2.3.3. Etiología

- ✓ Amígdalas palatinas hipertróficas.
 - ✓ Adenoides Hipertróficas
 - ✓ Presencia de Pólipos Nasales
 - ✓ Rinitis Alérgicas.
 - ✓ Desviación del tabique nasal
 - ✓ Hipertrofia idiopática de los cornetes
 - ✓ Asmas
 - ✓ Bronquitis
 - ✓ Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias
- (44)

2.2.3.4. Características faciales y dentarias.

- ✓ Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto,

labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)

- ✓ Mordida cruzada posterior, uní o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- ✓ Paladar alto u ojival
- ✓ Retrognatismo del maxilar inferior
- ✓ Labio superior corto e hipotónico.
- ✓ Labio inferior hipertónico
- ✓ Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- ✓ Maxilar superior estrecho.
- ✓ Protrusión del maxilar superior.
- ✓ Incompetencia Labial.
- ✓ Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- ✓ Perfil convexo
- ✓ Boca entreabierta.
- ✓ Nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas.
- ✓ Labio superior corto, labio inferior grueso y con disminución en el tono. (45)

2.2.3.5. Tratamiento

- ✓ Requiere equipo interdisciplinario.
- ✓ Tratamiento quirúrgico para corregir obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos).
- ✓ Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica y bronquitis.
- ✓ Fonoaudiología: reeducación patrón respiratorio y problemas de habla si existen.
- ✓ Remisión a ortodoncia e implementación de aparatología.
- ✓ Terapia mio-funcional, fortalecimiento de musculatura orofacial y posicionamiento lingual. (46)

2.2.4. Succión Labial

2.2.4.1 Definición.

Es un hecho conocido que la queilofagia o succión de los labios ocurre cuando asumimos en la niñez la costumbre de chuparnos el dedo o sencillamente el tete se convierte con el devenir en un hábito bucal deformante, lo que debe alertar a la familia para, sin pérdida de tiempo, establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento. (47)

El hábito de succión del labio inferior puede manifestarse en cualquier edad. Con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores. (47)

Este hábito puede ser la consecuencia más que la causa de una maloclusión clase II división 1, y clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado. El hábito de interposición labial puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales. (47)

La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura. (47)

Para este hábito se puede utilizar la bompereta labial, la cual inhibe la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis, este recuperador de espacio vestibulariza incisivos, aumenta longitud y ancho del arco, y alivia el apiñamiento en el arco inferior. Los resultados dependen de la posición del labio contra la bompereta, la altura del escudo labial y la duración de uso (47)

2.2.5 Onicofagia

2.2.5.1 Definición.

Es la situación que tienen algunas personas que se comen las uñas, preferentemente de los dedos de las manos. Puede ser una manía, o tener una causa emocional y conductual, que en ocasiones precisar ayuda de profesionales para corregirla. Al hacerlo puede dejar la piel descubierto en producir un deterioro estructural periungueal. Es más frecuente en los niños, pues lo presentan un 30 por ciento de ellos entre los siete y diez años, y puede llegar al 45 por ciento de los adolescentes. Los hijos de padres que sufren algún tipo de trastorno mental están más propensos a padecerla. En ocasiones no sólo se comen las uñas sino también la cutícula de la piel vecina, lo que llamamos los padrastrós. Con frecuencia ocasiona otros trastornos o conductas compulsivas, como la tricotilomanía y tricofagia, consistente en arrancarse y comerse el cabello o la mucomanía, que consiste en comerse secreciones o mocos. En este caso se ha dicho que al contener gérmenes pueden mejorar la flora intestinal de la persona (47)

2.3 Definiciones conceptuales

Mordida abierta:

Se puede definir como la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas. Cuando la separación es de 0 a 2mm se considera una mordida abierta leve, si pasa de 3 a 4 mm se le llama moderada y más de cuatro mordidas abiertas severas. (48)

Succión digital:

Se considera como un hábito normal en la niñez hasta los 4 años de edad, esta acción juega un papel importante en el desarrollo emocional del niño. (49)

Respiración bucal:

Es cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua acoge una posición descendida permitiendo de esta forma el flujo del aire. (50)

Hábito:

Un hábito es aquel acto que al principio es realizado de forma consiente, pero por la repetición del mismo se torna inconsciente, constante, y automático que resulta fácil de efectuar, pero difícil de modificar. (51)

Hábitos Fisiológicos:

Son aquellos hábitos que el individuo las hace por naturaleza es decir ya nacen con el individuo, podemos citar en este grupo: la respiración nasal, la masticación, la deglución el habla. (52)

Hábitos no fisiológicos:

Son hábitos que se manifiestan por estrés, aburrimiento, fatiga, falta de atención, los cuales son causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares. (53)

2.4 Hipótesis**2.4.1 Hipótesis general:**

H1: La frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales, si son frecuentes en los niños de 6 a 13 años en el hospital militar central lima 2018

2.4.2 Hipótesis nula:

H0: La frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales, no son frecuentes en los niños de 6 a 13 años en el hospital militar central lima 2018

2.5 Variables

2.5.1 Variable independiente: Hábitos bucales

2.5.2 Variable dependiente: Mordida abierta

2.5.3 Variable de caracterización: edad, sexo

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLES
FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA	Es la ausencia de contacto de los dientes anteriores del maxilar con los antagonistas mandibulares es decir que entre los bordes incisales no se presentan un contacto vertical normal	Mordida abierta	Anterior Posterior Completa	v. cualitativa nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
HABITOS BUCALES	Los hábitos se crean y se fijan por el entrenamiento y la práctica de un acto, este es aprendido.	Tipos de hábitos bucales	Succión digital Respiración bucal Succión labial Onicofagia	v. cualitativa nominal
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
EDAD	Desde nacimiento hasta la actualidad	Años	- 5 - 12 - 12 - 18	v. cuantitativa continuo
SEXO	Referencia a masculino o femenino	Masculino y femenino	M - F	V cualitativa nominal dipotónica

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

- Según la intervención del investigador:
Observacional: Se obtuvieron los datos mediante la observación de Frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar central Lima 2018
- Según la planificación de la medición de la variable de estudio:
Prospectivo: El grupo de estudio será estudiado en el presente.
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio:
Transversal: Ya que se estudian las variables causa y efecto simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.
- Según el número de variables de interés:
Correlacional: porque está dirigido a determinar el tratamiento preventivo de mordida abierta relacionada a hábitos bucales

3.1.1 Nivel de investigación

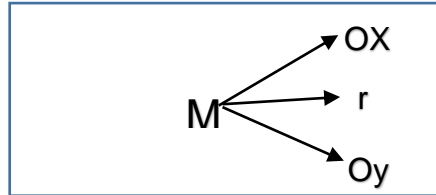
Correlacional: Con el propósito de relacionar. Se relacionaron las características cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio, es decir, detallar como es cada variable.

3.1.2. Método de investigación

Es no experimental ya que se basa en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad y es exploratoria ya que se realiza para conocer el contexto sobre un tema que es objeto de estudio.

3.1.3 Diseño y esquema de investigación

Para el estudio, se tendrá en cuenta el diseño descriptivo correlacional. Dicho esquema es el siguiente:



Donde:

M: muestra de estudio.

Ox: Datos de la variable independiente.

Oy: Datos de la variable dependiente.

r: Relación de datos de ambas variables.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

El universo consiste en el total de pacientes niños de 6 a 13 años que fueron atendidos en el Hospital Militar central Lima 2018.

3.2.2 Muestra.

La muestra fue de tipo probabilística. Estuvo conformada por 290 pacientes de 6 a 13 años a quienes se les evaluó la presencia de mordida abierta, quienes acudieron en los meses de noviembre y diciembre del 2018 y enero a abril del 2019 al Hospital Militar central Lima.

La muestra fue seleccionada mediante los siguientes criterios:

➤ Criterios de Inclusión

- Niños de 6 a 13 años de edad de ambos sexos, que presentan el consentimiento informado, firmado por sus padres.
- Niños y niñas sin ninguna enfermedad o síndrome que condicionan el estudio

➤ Criterios de Exclusión

- Niños y niñas menores de 6 años y mayores de 13 años.

- Niños y niñas con enfermedades o síndromes que condicionan el estudio

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación del instrumento.

3.3.1 Técnicas:

- Observación y entrevista

3.3.2 Instrumentos:

- Para la observación, como instrumento de recolección de datos se utilizó una guía de observación para evaluar a los pacientes de 6 a 13 años con mordida abierta relacionada a hábitos bucales que acuden al Hospital Militar central Lima 2018

3.3.3 Validación del instrumento

- El instrumento de recolección de datos se validó a través de juicio de expertos que tienen conocimiento sobre el tema y la metodología de la investigación.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para la recolección de datos, se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

- Elaboración del instrumento según los objetivos y variables en estudio.
- Codificación del instrumento elaborado.
- Revisión y validación del instrumento por expertos de la investigación.
- Permiso al Hospital Militar central Lima 2018
- Aplicación del instrumento a la muestra en estudio en pacientes que acuden al Hospital Militar central Lima 2018
- Análisis de los resultados del instrumento de estudio.
- Tabulación de los datos de estudio.

3.5 Plan de tabulación y análisis.

3.5.1 Plan de tabulación

- Los datos fueron tabulados o procesados después de la aplicación de los instrumentos mediante los objetivos y variables en estudio.
- Los datos fueron tabulados mediante en el programa Excel.
- Se utilizó como el programa estadístico SPSS-versión 24 para establecer las tablas y gráficos.

3.5.2 Plan de análisis

Para el análisis estadístico de los datos se hará la distribución de frecuencias y se aplicó el porcentaje para la determinación del cumplimiento de las funciones y análisis de los resultados que se indican en los cuadros estadísticos.

Para la contrastación y prueba de hipótesis se utilizó el análisis inferencial a través de la estadística no paramétrica de la significancia del Chi cuadrado de Pearson y Odds Ratio con un intervalo de confianza al 95%.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos

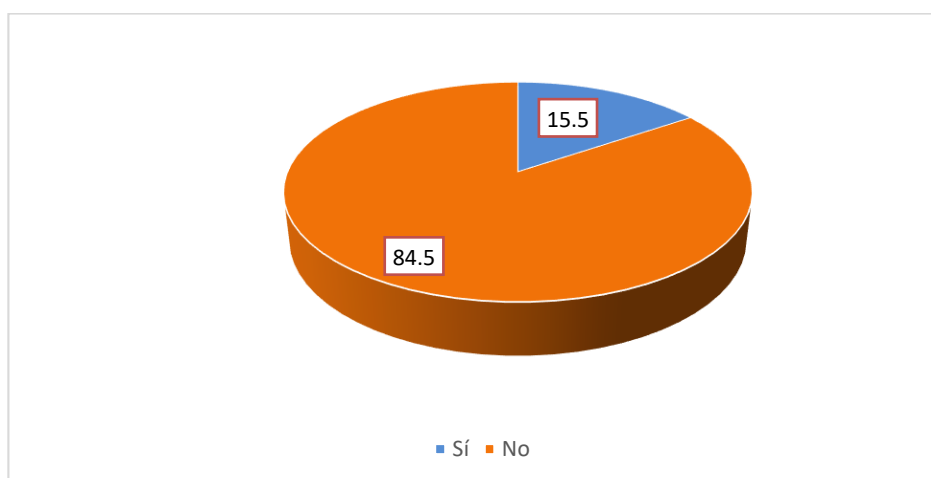
Tabla N° 01

**Prevalencia de mordida abierta en los pacientes del Hospital Militar Central
Lima**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Sí	45	15,5	15,5
	No	245	84,5	100,0
	Total	290	100,0	

Gráfico N° 01

**Prevalencia de mordida abierta en los pacientes del Hospital Militar Central
Lima**



Interpretación:

En la tabla y gráfico 4 se muestra la prevalencia de mordida abierta en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central Lima, siendo 15,5% la prevalencia de mordida abierta en los niños de 6 a 13 años.

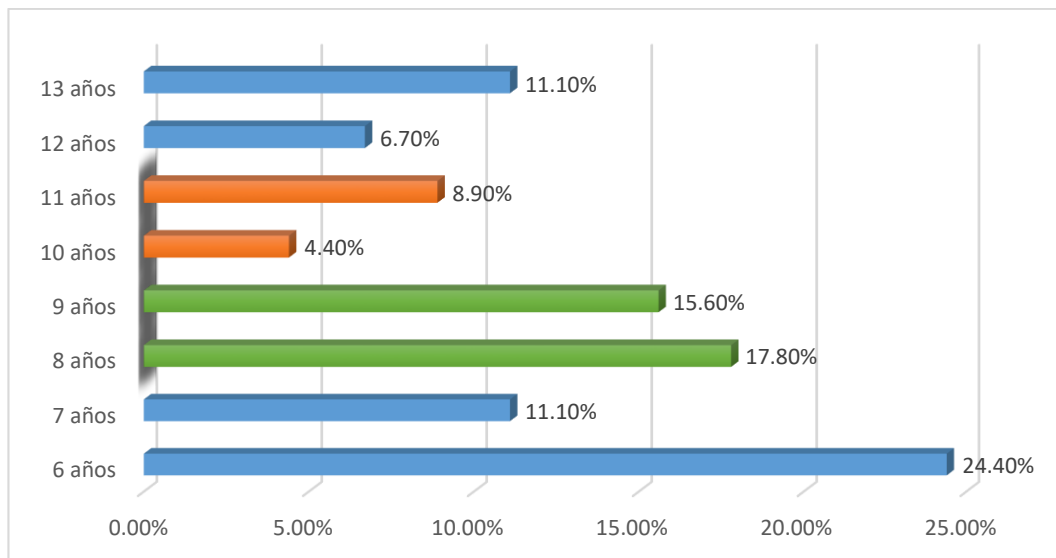
Tabla N° 02

Distribución de los pacientes con mordida abierta según edad

Edad	Prevalencia mordida abierta	
	f	%
6 años	11	24,4%
7 años	5	11,1%
8 años	8	17,8%
9 años	7	15,6%
10 años	2	4,4%
11 años	4	8,9%
12 años	3	6,7%
13 años	5	11,1%
Total	45	100,0%

Gráfico N° 02

Distribución de los pacientes con mordida abierta según edad



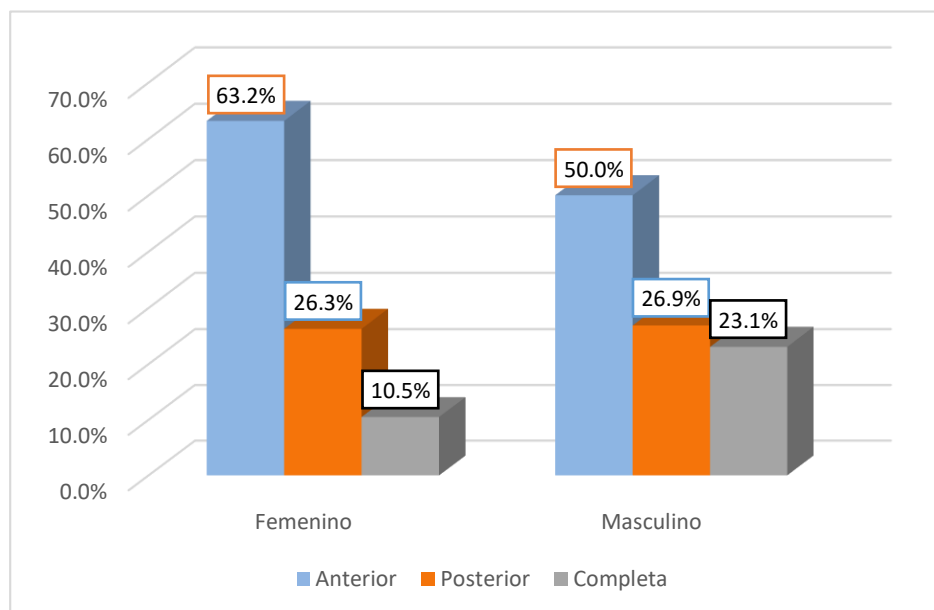
Interpretación:

En la tabla y figura 2, se presenta la prevalencia de mordida abierta según sus edades, observándose lo siguiente: en mayor porcentaje se encontró mordida abierta en niños de 6 años con un 24,4%, seguido por los pacientes de 8 y 9 años con un 17,8% y 15,6% respectivamente; y finalmente en menor porcentaje se presentaron en los pacientes de 10 años con un 4,4%.

Tabla N° 03
Tipos de mordida abierta según sexo en pacientes del Hospital Militar Central Lima 2019

Sexo	Mordida abierta			Total	Chi-cuadrado
	Anterior	Posterior	completa		p
Femenino	12	5	2	19	0,518
	63,2%	26,3%	10,5%	100,0%	
Masculino	13	7	6	26	
	50,0%	26,9%	23,1%	100,0%	
Total	25	12	8	45	
	55,6%	26,7%	17,8%	100,0%	

Gráfico N° 03
Tipos de mordida abierta según sexo en pacientes del Hospital Militar Central Lima 2019



Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 03 Tipos de mordida abierta según sexo en pacientes. En el sexo femenino y masculino predominó anterior con 63,2% y 50% respectivamente, seguido del tipo de mordida abierta posterior con un 26,3% para las mujeres y 26,9% en los hombres. En menor porcentaje se presentó la mordida abierta completa en ambos sexos. En el análisis inferencial bivariado los tipos de mordida abierta según sexo al aplicar la prueba de chi-cuadrado el valor de $p=0,518$; no existe diferencia significativa los tipos de mordida abierta según sexo.

Tabla N° 04

Mordida abierta asociado a succión digital en niños de 6 a 13 años.

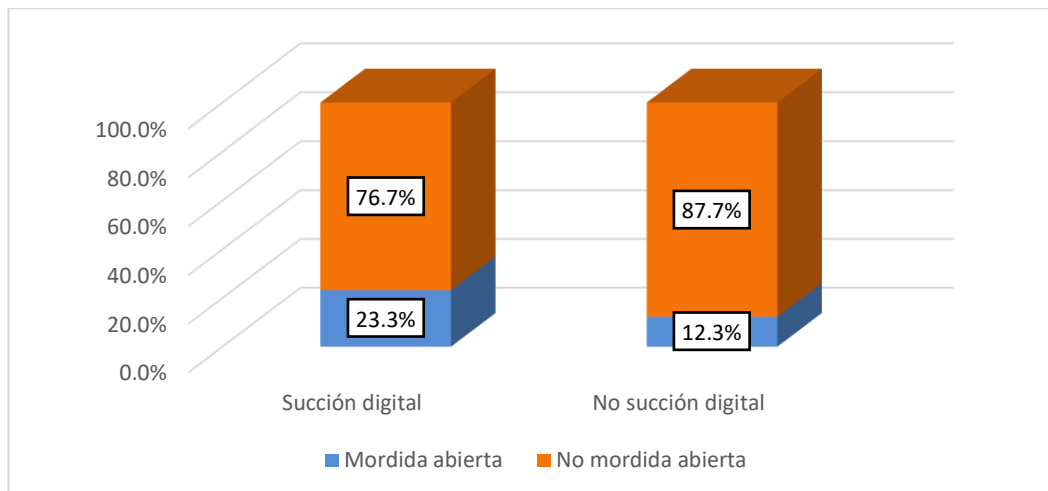
Succión digital		Mordida abierta		Total	Chi-cuadrado	OR (IC 95%)
		Presencia	Ausencia		p	
Sí		20	66	86	0,018	2,17 (1,13 ;4,16)
		23,3%	76,7%	100,0 %		
No		25	179	204		
		12,3%	87,7%	100,0 %		
Total		45	245	290		
		15,5%	84,5%	100,0 %		

OR=Odds Ratio

IC= Intervalo de Confianza

Gráfico N° 04

Mordida abierta asociado a succión digital en niños de 6 a 13 años.



Interpretación:

En la tabla y gráfico 4 se asoció la mordida abierta con hábito de succión digital. En el grupo de pacientes con el hábito de succión se presentó mayores casos de pacientes con mordida abierta 23,3% mientras que en los pacientes que no padecieron de mordida abierta el porcentaje de pacientes con hábito de succión digital fue menor 12,3%. En el análisis inferencial bivariado del hábito de succión y mordida abierta al aplicar la prueba de chi-cuadrado el valor de $p=0,018$; se muestra que existe asociación estadística significativa entre el hábito de succión digital y la mordida abierta, OR 2,17; IC 95% 1,13 a 4,16). Los pacientes con antecedente de succión digital tienen 2 veces mayor riesgo de padecer mordida abierta.

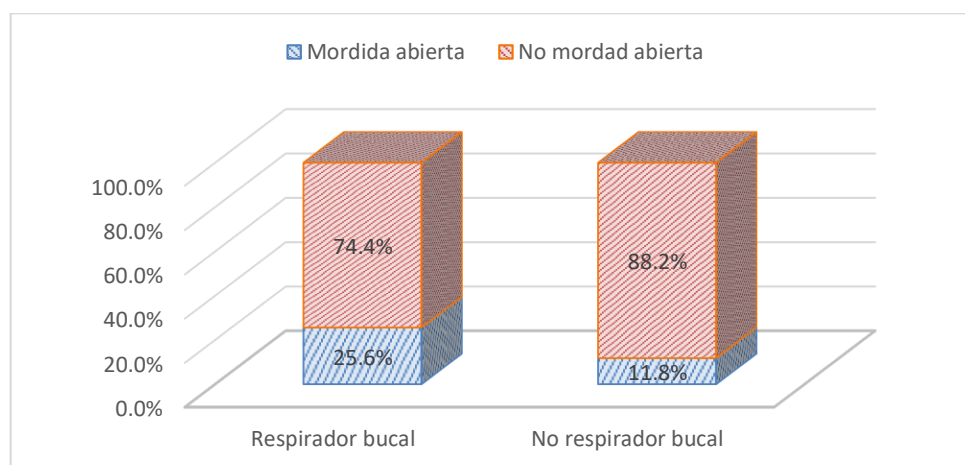
Tabla N° 05

Hábito respira por la boca en pacientes con mordida abierta en el Hospital Militar Central Lima 2019

Respirador bucal		Prevalencia mordida abierta		Total	Chi-cuadrado p	OR (IC 95%)
		Sí	No			
Sí		20	58	78	0,004	2.57 (1,33;4,28)
		25,6%	74,4%	100,0%		
No		25	187	212		
		11,8%	88,2%	100,0%		
Total		45	245	290		
		15,5%	84,5%	100,0%		

Gráfico N° 05

Hábito respira por la boca en pacientes con mordida abierta en el Hospital Militar Central Lima 2019



Interpretación:

En la tabla y gráfico 5 se asoció la mordida abierta con el hábito respiración bucal. En el grupo de pacientes con mordida abierta se presentó mayor número de casos con hábito de respiración bucal 25,6% mientras que en los pacientes que no padecieron de mordida abierta el porcentaje de pacientes con hábito de respira por la boca fue menor 11,8%. En el análisis inferencial bivariado del respirador bucal y mordida abierta al aplicar la prueba de chi-cuadrado el valor de $p=0,004$; se muestra que existe asociación estadística significativa entre el hábito de respirar por la boca y la mordida abierta, OR 2,57; IC 95% 1,33 a 4,28). Los pacientes con hábito de respirar por la boca tienen 2 veces mayor riesgo de padecer mordida abierta.

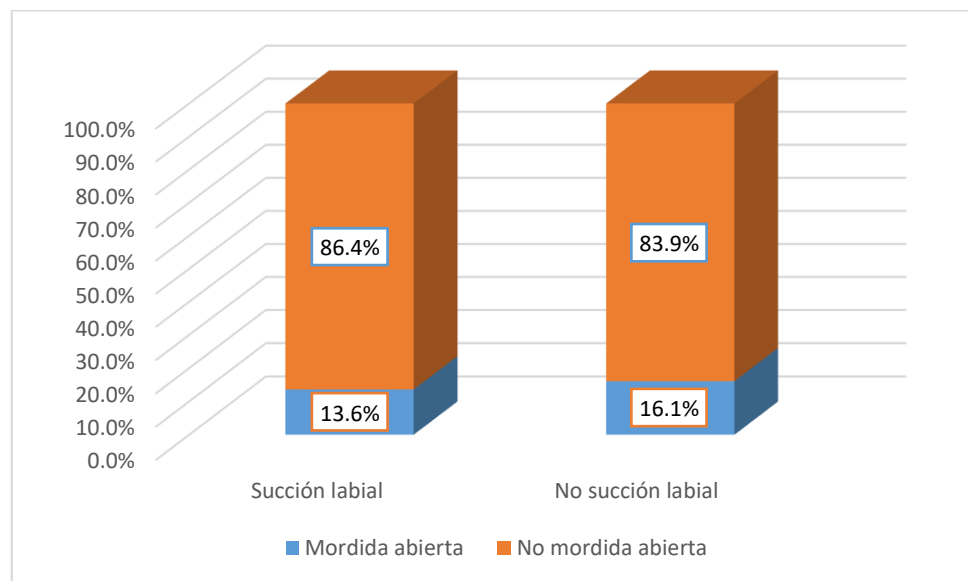
Tabla N° 06

Succión labial asociado a mordida abierta en el Hospital Militar Central Lima 2019

Succión labial		Prevalencia mordida abierta		Total	Chi-cuadrado p
		Sí	No		
Sí		9	57	66	0,631
		13,6%	86,4%	100,0%	
No		36	188	224	
		16,1%	83,9%	100,0%	
Total		45	245	290	
		15,5%	84,5%	100,0%	

Gráfico N° 06

Succión labial asociado a mordida abierta en el Hospital Militar Central Lima 2019



Interpretación:

En la tabla y gráfico 6 se asoció la mordida abierta con el hábito succión labial. En el grupo de pacientes con hábito de succión labial mordida abierta se presentó menor porcentaje de casos con mordida abierta 13,6%, mientras que en los pacientes que no padecieron de mordida abierta el porcentaje de pacientes con el hábito fue mayor 16,1%. En el análisis inferencial bivariado del hábito de morderse el labio y mordida abierta, al aplicar la prueba de chi-cuadrado el valor de $p=0,631$; se muestra que no existe asociación estadística significativa entre el hábito de succión labial y la mordida abierta.

Tabla N° 07

**Onicofagia en pacientes con mordida abierta en el Hospital Militar Central
Lima 2019.**

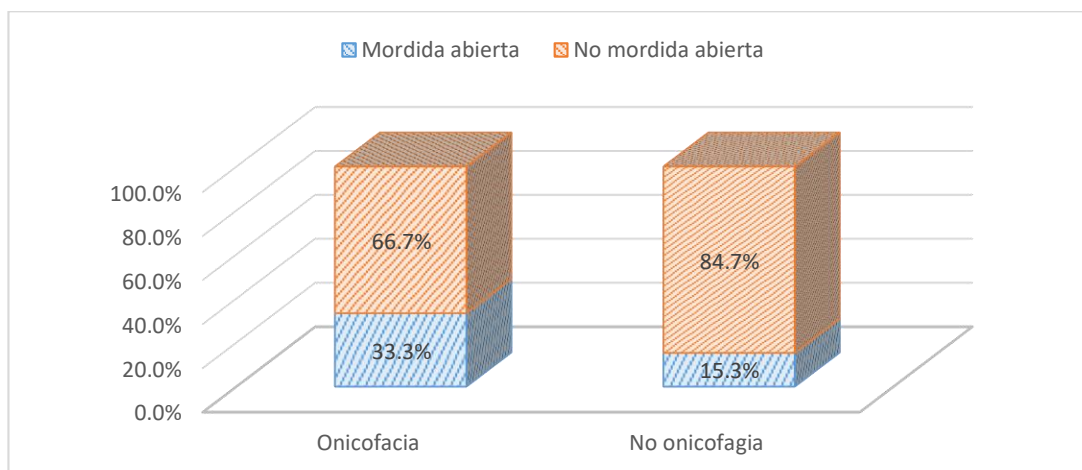
Onicofagia		Mordida abierta		Total	Chi- cuadrado
		Sí	No		p
Sí		1	2	3	0,590
		33,3%	66,7%	100,0%	
No		44	243	287	
		15,3%	84,7%	100,0%	
Total		45	245	290	
		15,5%	84,5%	100,0%	

OR=Odds Ratio

IC= Intervalo de Confianza

Gráfico N° 07

**Onicofagia en pacientes con mordida abierta en el Hospital Militar Central
Lima 2019.**



Interpretación:

En la tabla y gráfico 5 se asoció la mordida abierta con la onicofagia. En el grupo de pacientes con onicofagia se presentó mayor número de casos de mordida abierta 33,3% mientras que en los pacientes que no padecieron de mordida abierta el porcentaje de onicofagia fue menor 15,3%. En el análisis inferencial bivariado de la onicofagia y mordida abierta al aplicar la prueba de chi-cuadrado el valor de $p=0,590$; se muestra que no existe asociación estadística significativa entre la onicofagia y la mordida abierta.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Se realizó un estudio sobre la frecuencia de Mordida Abierta relacionada a Hábitos Bucales en una muestra de 290 niños dónde la mayor frecuencia de mordida abierta bucales se encontró en pacientes de sexo masculino con 26 casos, seguido en frecuencia por pacientes de sexo femenino con 19 casos.

Li Carrillo L. Aróstica A. Viña del Mar - Chile (2016). Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de viña del mar. RESULTADO: La prevalencia de hábitos orales disfuncionales encontrada fue de un 95,11%, (IC 95% [90,82% - 97,45%]), siendo 3 la cantidad más frecuente hallada en pre-escolares de 5 años, de género masculino y pertenecientes a pre-kínder. No existieron diferencias estadísticamente significativas con las variables edad, género ni curso, siendo todas estas independientes de la presencia y cantidad de “malos hábitos orales”. Conclusión: que no existieron diferencias estadísticamente significativas con las variables edad, género ni curso, siendo todas estas independientes de la presencia y cantidad de anomalías dentomaxilares. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en diversos estudios nacionales e internacionales, demostrando que las maloclusiones constituyen un problema de salud pública que requiere una mayor cobertura por parte de los gobiernos.

En cuanto a la frecuencia de los diferentes Malos Hábitos, se observó que en la población estudiada (290). El hábito de mayor frecuencia fue de succión digital con 20 casos, seguido por respiración bucal con 20 casos, succión labial con 9 casos y el hábito con menor frecuencia fue de onicofagia con solo 1 caso.

Martens. C. hizo un estudio en Santiago de Chile, el 2015 acerca de la Prevalencia de mordida abierta y malos hábitos bucales en niños de 3 y 7 años de sectores vulnerables de Santiago. Se Observó altas cifras

de prevalencia de Anomalías Dentomaxilares surge la motivación de investigar la prevalencia de Mordida Abierta asociada a malos hábitos y conocer su prevalencia en sectores vulnerables de Santiago como son: Población La Pincoya en el caso de Huechuraba y Población San Ricardo en La Pintana. Resultado: La muestra estuvo conformada por 192 niños dónde el 50% tenía 3 años de edad y el otro 50% 7 años de edad considerando ambos sexos. Se envió previo consentimiento y encuesta a los apoderados y se examinó a los niños en los establecimientos educacionales consignando en una ficha clínica todo lo observado. CONCLUSIÓN: La Prevalencia de Mordida Abierta asociada a Malos Hábitos disminuye con la edad a pesar de que la prevalencia de malos hábitos aumente, debido a que los factores etiológicos principales de la anomalía, como lo son los hábitos de succión, disminuyen con la edad.

En cuanto a la frecuencia de los respiradores bucales. Se presentó de la siguiente manera: De la población estudiada (290), se presentaron 20 casos de pacientes que respiran por la boca los cuales están asociados a mordida abierta.

Esta investigación no contemplo rangos de edades de forma continua, por lo que no se evaluó la evolución de la mordida abierta con esta variable (edad), si no que se midió las prevalencias en siete edades determinadas y se demostró una diferencia en cuanto a las prevalencias y son las siguientes: edad 6 años con 24.40%, 8 años con 17.80%, 9 años con 15.60%, 13 años con 11.10%, 7 años con 11.10%, 11 años con 8.90%, 12 años con 6.70% y 10 años con 4.40%.

Por último; se observa que la frecuencia de Mordida Abierta aumenta según los Hábitos bucales que presenta el niño, mostrando así la gravedad del problema e indicándonos la urgencia de tomar medidas preventivas e interceptivas ya que es un hecho que mientras más perdure un mal hábito, como el de respiración bucal, por ejemplo, más perjudicial será para el niño.

En relación a nuestros antecedentes nacional hemos podido encontrar

que Zapata, M. hizo un estudio en Perú el año 2013. Acerca de la Prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores. Concluyendo que si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. Los resultados fueron la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ($p < 0.01$) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ($p < 0.05$).

En cuanto a la frecuencia de mordida abierta. Se presentó de la siguiente manera: de la población estudiada (290), en el sexo femenino el 63.2% presento mordida abierta anterior, el 26.3% mordida abierta posterior y el 10.5% mordida abierta completa. En el sexo masculino, 50% mordida abierta anterior, 26.9% mordida abierta posterior, 23.1% mordida abierta completa.

Así mismo Tejada. S. Chachapoyas realizo un estudio en el Perú el año 2017 acerca de los Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas concluyo que sí existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución educativa 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. Los resultados fueron: del 100% de estudiantes evaluados; el 48.2% no presenta ningún hábito bucal y tiene maloclusiones. Respecto a la tipología de maloclusiones; el 65.9 % presentaron clase I, el 14.1% clase II, el 7.1% clase III. De acuerdo al sector dentario; el 63.5% presentó maloclusión dentaria anteroposterior, el 20.0% vertical y el 16.5% transversal. Respecto a mal oclusión vertical, se encontró que el 80.0% no presenta ninguna, el 11.8% presentó mordida abierta anterior y el 8.2% mordida profunda. Respecto a la mal oclusión transversal el 83.5% no presentó ninguna

mala oclusión transversal; el 10.6% presentó mordida cruzada y el 5.9% presentó mordida en tijera. Respecto a los hábitos bucales el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; el 15.3% respiración bucal; el 10.6% succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio.

En cuanto a la frecuencia de mordida abierta racionado a los Hábitos bucales, se observó que en la población estudiada (290). Que el hábito de succión digital y respiración bucal hubo mayor frecuencia con 20 casos respectivamente y menor frecuencia fue el hábito de onicofagia con tan solo 1 caso

CONCLUSIONES

1. Se concluyó que la frecuencia de Mordida Abierta está relacionada a los Hábitos bucales que presenta el niño, mostrando así la gravedad del problema e indicándonos la urgencia de tomar medidas preventivas e interceptivas ya que es un hecho que mientras más perdure un mal hábito, como el de succión digital, por ejemplo, más perjudicial será para el niño.
2. Se concluyó que los niños con el hábito de succión digital y respiración bucal, aumentan el riesgo de presentar Mordida Abierta.
3. Se observó que la mayor frecuencia de mordida abierta relacionado a los hábitos bucales se encontró en pacientes de sexo masculino con un total de 26 niños.
4. Se concluyó que la edad que presento mayor frecuencia de mordida abierta fue en niños de 6 años de edad con un porcentaje de 24.40%
5. Se concluyó en este estudio que se cumplió la hipótesis de investigación, es decir la mordida abierta está relacionada con mayor frecuencia a los hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima.
6. Se concluyó que el tipo de mordida abierta con mayor frecuencia es de mordida abierta anterior con un porcentaje de 55.6%

RECOMENDACIONES

1. Sugiero agregar a la encuesta de apoderado si es que el niño ha recibido algún tipo de tratamiento en relación a sus malos hábitos orales, además de consultar por malos hábitos anteriores.
2. Resultaría interesante ampliar investigación a otro grupo de pacientes de diferentes zonas geográficas y socioculturales para establecer la influencia de estos factores en este tipo de anomalía y malos hábitos bucales, para así poder determinar el real problema a nivel regional e instaurar medidas adecuadas.
3. Se recomienda utilizar misma ficha clínica con el fin de unificar criterios de evaluación y diagnóstico, que considere los mismos patrones de investigación, bajo una misma clasificación, de forma tal que los resultados sean comparables entre sí.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta P, Rojas A, Gutierrez J, Rivas R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Revista Oral. 2010; 11 (33): 577-ecuador 2015 obtenido: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora->
2. Garcia M. Estabilidad del tratamiento de la mal oclusión de mordida abierta anterior. España 2013. Obtenido <http://www.revistadeortodoncia.com/files/>
3. Barrios F, Rodriguez L, Jimenez M, Schemann F. Aporte del pediatra en la prevención de la mordida abierta anterior. Venezuela ed. puericultura 2015.
4. Bratos C, Rodríguez. U, Alio. S. Prevención de las maloclusiones. En: Tratado de odontología Barcelona; 1998
5. González. M, Guida. G, Herrera. O, Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Caracas-Venezuela; Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012
6. Reyes. D, Rosales. K, Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo 2004-2005.
7. Paredes. G, Paredes. C, Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos España ed. An Pediatr (Barc); 62(3): 261-265, mar. 2005.
8. Flores. L. la prevalencia y asociación que existe entre el hábito bucal nocivo y las maloclusiones dentales Quito Ecuador 2018
9. Martens. C.. Prevalencia de mordida abierta y malos hábitos bucales en niños de 3 y 7 años de sectores vulnerables, Santiago de Chile, 2015.
10. Li Carrillo L. Aróstica A. Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de viña del mar. Chile 2016.

11. Morales. E. Prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital; Escuela Apóstol Santiago, Guayaquil. Ecuador 2015.
12. Zapata, M. Prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio los Educadores Perú 2013.
13. Tejada. S. Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario, Institución Educativa n° 18006 Pedro Castro Alva. Perú 2017
14. Blanco R, Quiros O. Deglución atípica y su influencia en las malaoclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2013
15. Gamba GD, Da Silva FO, Janson G .Etiología de las maloclusiones en: Da Silva FO, Gamba GD, Silva LT. Ortodoncia Interceptiva: Protocolo de tratamiento en dos fases.1 edición .Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2014; 157-190.
16. Alvarez R, Buño G, Mesa M, Nalbarte L, Riaño M. Maloclusión en niños en edad escolar: Análisis de los factores de riesgo. ed. Uruguay: Departamento de publicaciones, UCUR; 2011.p.29-30.
17. Zapata D, Lavado T, Anchelia R. Oral Habits and its relation to dental malocclusions in chirdren from 6 a 12 years old. Rev Kiru 2014; 11(1):16-24
18. Nieves P, Martín S, Echainz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos profesión dental disponible en: <http://www.coem.org/revista/anterior/05-97/index.html>
19. Almeida MR, Pereira ALP, Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Silva Filho OG. Prevalência de má oclusão em crianças de 7 a 12 años de idade. Dental Press J Orthod 2011; 16(4):123-31.
20. Barrios F, Rodriguez L, Jimenez M, Schemann F. Aporte del pediatra en la prevención de la mordida abierta anterior. Venezuela ed. puericultura 2015.

21. Álvarez M, Pérez A, Martínez I, García M, Suarez R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Matanzas. 2006; 36(4): 396-407..
22. Agurto. V; Rodrigo. M; Cádiz D.; Bobenrieth K., 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, ed. Rev. chil. pediatr. v.70 n.6 1999.
23. Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en los escolares de Valencia (España). Ed. An Pediatr Barc 2005.
24. Fonseca Y, Fernandez P, Cruanas A. mordida abierta anterior. Revision bibliografica. Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2014; 13(4): 509 515. Obtenido 12/10/2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v13n4/rhcm03414.pdf>.
25. Acosta P, Rojas A, Gutiérrez J, Rivas R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Revista Oral. 2010; 11 (33): 577-579. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora2010/ora1033h.pdf>.
26. Alcaraz C, Bordón J, Ríos D. Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados. Pediatr. (Asunción). 2012; 39(2): 103-106.
27. Furuki K. frecuencia del habito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Rev. "Medicina". 2010; 16(1): 25-30.
28. Rodriguez E, Natera A, Casasa R, Burguera E. Mordida Abierta. En: en ortodoncia y sus secretos. Colombia: ed. Amolca; 2007.
29. Alcaraz C, Bordón J, Ríos D. Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados. Pediatr. (Asunción). 2012; 39(2): 103-106. Navas. C, Fonoaudióloga con entrenamiento en Deglución y Terapia Mio funcional, Hábitos orales, España ed.: carta de la salud; 2012

30. Ortodoncia - Diagnóstico y planificación clínica, Flavio Vellini Ferreira, editorial Latinoamérica, año 2002
31. Rodriguez E, Natera A, Casasa R, Burguera E. Mordida Abierta. En: Gabriel C, Santa Cruz M. 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos. Colombia: Amolca; 2007. p. 159-183. García. R, Hano. L. Etiología y diagnóstico de anomalías dentomaxilofaciales en pacientes pediátricos. Cuba Ed. Rev Med IMSS. 2001
32. Barrios F, Rodriguez L, Jimenez M, Schemann F. Aporte del pediatra en la prevencion de la mordida abierta anterior. Archivos venezolanos de puericultura y pediatria. 2014; 77(1): 24-28. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-
33. Acosta P, Rojas A, Gutierrez J, Rivas R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglucion atipica. Revista Oral. 2010; 11 (33): 577-579. Obtenido 14/10/2015. Disponible 06492014000100006.
34. Podadera. V, Ruiz. D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, ed. Rev Cubana Estomatol 2002-2003.
35. Segura N, Santin A M, Eliminación del hábito de succión digital con sugestión nocturna. XIV Congreso nacional de Estomatología. Varadero. 2002Hernández V. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en infancia España Ed. An Pediatr Barc 2005.
36. Urrieta e., López i. Quirós o. Farías m. Rondón s. Lerner h. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interoceptiva u.g.m.a años 2006-2007. obtenible en: www.ortodoncia.ws.
37. Lugo. C; Toyo. I, Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones, España edición electrónica marzo 2011.
38. Fernández. T, Acosta. A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Cuba ed. Rev Cubana Ortod. 1997
39. Martinez H, Garza G, Martinez R, Trevino G, Rivera G. Habitos orales: succion de dedo, chupon o mamila. Odontol Pediatr. 2011; 10 (1): 22-27.

- Obtenido 14/10/2015. Disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a3.pdf>.
40. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Habitos orales comunes: revision de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. 2013; edicion especial: 83-90. Obtenido 12/10/2015. Disponible en:
<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>.
41. Rodriguez E, Natera A, Casasa R, Burguera E. Mordida Abierta. En: Gabriel C, Santa Cruz M. 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos. Colombia: Amolca; 2007. p. 159-183.
42. Furuki K. frecuencia del habito de succion digital y características clinicas predominantes en ninos de 5 a 12 anos de edad. Rev. "Medicina". 2010; 16(1): 25-30. Obtenido 15/10/2015. Disponible en: <http://medici.na.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04>.
43. Gonzales M, Guida G, Herrera D, Quiros O. Maloclusiones asociadas a: habito de succion digital, habito de deglucion infantil o atipica, habito de respiracion bucal, habito de succion labial y habito de postura. Revision bibliografica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2012; 29: 1-12. Obtenido 14/10/2015. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>.
44. Fuziy A, Ishikawa E, Ferreira R, Tapia J, Cotrim F, Furquim D. características faciales y oclusales en ninos con habitos bucales. Acta odontologica. 2012; 3: 1-9. Obtenido 14/10/2015. Disponible en:
<http://www.actaodontologica.eom/edidones/2012/2/art3.asp>.
45. Murrieta J, Martinez L, Morales J, Linares C, Gonzales M. Frecuencia y distribucion de habitos parafuncionales en un grupo de escolares mexicanos, 2014. Rev Nac Odontol. 2015; 11(21): 57-64. Obtenido 14/10/2015. Disponible en:
<http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/950/1122>.
46. Lugo C, Toyo I. Habitos orales no fisiologicos mas comunes y como influyen en las maloclusiones. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2011; 5: 1-17. Obtenido 14/10/2015. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf>

47. Medina C, Laboren M, Vilorio C, Quiros O, D' Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos orales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2010; 20: 1-29. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>.
48. Acosta P, Rojas A, Gutierrez J, Rivas R. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. *Revista Oral*. 2010; 11 (33): 577-579. Obtenido 14/10/2015. Disponible.
49. Martínez H, Garza G, Martínez R, Trevino G, Rivera G. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Odontol Pediatr*. 2011; 10 (1): 22-27. Obtenido 14/10/2015. Disponible
50. Segura N, Santin A M, Eliminación del hábito de succión digital con sugestión nocturna. XIV Congreso nacional de Estomatología. Varadero. 2002Hernández V. Diagnóstico precoz de las maloclusiones esqueléticas y dentales en infancia España Ed. An Pediatr Barc 2005.
51. 27.- Alvarez M, Perez A, Martínez I, García M, Suarez R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Matanzas. 2006; 36(4): 396-407. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <file:///C:/Users/Roberto%20pc/Downloads/me144b.pdf>.
52. Reyes D, Torres I, Quesada L, Fernández M, Labrada H. Hábitos orales deformantes en niños de 5-11 años. *Medisan*. 2014; 8(5): 1-5. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
53. deformantes y planeo poslacteal en niños de 3 a 5 años. *Revista cubana de estomatología*. 2007; 44(2): 1-8. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
54. Ricardo M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *Medisan*. 2011; 15(2): 222-227. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: [file:///C:/Users/Roberto%20pc/Downloads/san12211 .pdf](file:///C:/Users/Roberto%20pc/Downloads/san12211.pdf).
55. Alvizua V, Quiros O. efectividad de la terapia miofuncional en los hábitos más comunes capaces de producir maloclusiones clase II. *Revista*

56. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2013; 15: 1-20. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art15.pdf>.
57. Casasa R, Rodriguez E. Habitros. En: Gabriel C, Santa Cruz M. 1.001 Tips en Ortodoncia y sus secretos. Colombia: Amolca; 2007. p. 272-301.
58. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Habitros Bucales. En: Marcelo T. de Alvear. Odontologia Pediatrica la salud bucal del nino y el adolescente en el mundo actual. Argentina: Panamericana; 2010. p. 658-667.
59. Cardier F, Quiros O. Ortodoncia Miofuncional más alla de la maloclusion. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2014; 19: 1-12. Obtenido 15/10/2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/pdf/art19.pdf>
60. Blanco R, Quiros O. Deglucion atipica y su influencia en las mala oclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2013
61. Urrieta e., López i. Quirós o. Farías m. Rondón s. Lerner h. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interoceptiva u.g.m.a años 2006-2007. obtenible en: www.ortodoncia.ws.
62. Lugo. C; Toyo. I, Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones, España edición electrónica marzo 2011.
63. Fernández. T, Acosta. A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Cuba ed. Rev Cubana Ortod. 1997
64. Martínez H, Garza G, Martínez R, Trevino G, Rivera G. Habitros orales: succion de dedo, chupon o mamila. Odontol Pediatr. 2011; 10 (1): 22-27. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a3.pdf>.
65. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Habitros orales comunes: revision de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. 2013; edicion especial: 83-90. Obtenido 12/10/2015. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>.

66. Rodriguez E, Natera A, Casasa R, Burguera E. Mordida Abierta. En: Gabriel C, Santa Cruz M. 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos.
67. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Habitos orales comunes: revision de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. 2013; edicion especial: 83-90. Obtenido 12/10/2015. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>.
68. Ocampo A, Johnson N, Lema MC. Habitos orales comunes: revision de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. 2013; edicion especial: 83-90. Obtenido 12/10/2015. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/viewFile/434/435>.
69. Navas C. Habitos orales. Fundacion Valle de Lili. 2012; 189: 1-4. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf.
70. Lugo C, Toyo I. Habitos orales no fisiologicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2011; 5: 1-17. Obtenido 14/10/2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones>.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA RELACIONADA A HÁBITOS
BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL LIMA 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE
<p>Problema General</p> <p>¿Existe relación entre mordida abierta y hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>Pe 01 ¿Cuál son las características generales según sexo y edad de los pacientes que presentan mordida abierta?</p> <p>Pe 02 ¿Cuál es la relación que existe entre el hábito de chupar el labio y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?</p> <p>Pe 03 ¿Cuál es la relación que existe entre el hábito de respiración bucal y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?</p> <p>Pe 04 ¿Cuál es la relación que existe entre la onicofagia y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre mordida abierta y hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Oe 01 Identificar las características generales según sexo y edad de los pacientes que presentan mordida abierta</p> <p>Oe 02 Determinar la relación que existe entre el hábito de chupar el labio y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.</p> <p>Oe 03 Determinar la relación que existe entre el hábito de respiración bucal y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.</p> <p>Oe 04 Determinar la relación que existe entre la onicofagia y la frecuencia de mordida abierta en los pacientes de 6 a 13 años.</p>	<p>HI: La frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales, si son frecuentes en los niños de 6 a 13 años en el hospital militar central lima 2018</p> <p>H0: La frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales, no son frecuentes en los niños de 6 a 13 años en el hospital militar central lima 2018</p>	<p>Variable 1: hábitos bucales</p> <p>Variable 2: mordida abierta</p>

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Fecha: .../.../...

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (padre y/o apoderado del menor) identificado con DNI N° familiar de identificado con DNI N° autorizó a la joven Sussan Elizabeth Bailón Naupay, bachiller en Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco que está realizando un trabajo de investigación titulado **“LA FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA RELACIONADA A HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS APLICADO A LOS NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2018”**

El procedimiento del estudio es lo siguiente:

1. Realizar una pequeña encuesta al menor.
2. Observar sus Incisivos para ver si presenta alguna alteración de forma.

PADRE O APODERADO DEL MENOR

SUSSAN E BAILÓN NAUPAY

FECHA: de del 2019.

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD DE HUANUCO FACULTAD DE ODONTOLOGIA ANEXO N°03

Código:.....

Fecha: .../.../...

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Sussan Elizabeth Bailón Naupay y trabajo en el Hospital Militar Central de Lima, actualmente se está realizando un estudio para conocer acerca de la frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales en niños de 6 a 13 años y para ello queremos que nos apoyes.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas en un círculo en la imagen que dice “si quiero participar” y no quiero participar

Yo. _____

Si quiero participar



No quiero participar



Firma investigadora responsable _____.

Fecha: _____ de _____ del _____

ANEXO N° 04



UNIVERSIDAD DE HUANUCO FACULTAD DE ODONTOLOGIA ANEXO N°04

Código:.....Fecha: --/---/---

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación se comprometan a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencial, los datos personales que se le requieren son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna, salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificada será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido.

Responsable de la investigación



ANEXO Nº 05

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ODONTOLOGÍA



GUIA DE OBSERVACIÓN

Codigo: ----- Fecha: -----

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad:

6 años

7 años

8 años

9 años

10 años

11 años

12 años

13 años

Sexo:

Masculino

Femenino

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Mordida abierta

Presencia




Ausencia

Tipo de mordida abierta

Anterior

Posterior

Completa

Tipos de mordida abierta	Definición
<p data-bbox="284 629 403 663">Anterior</p> 	<p data-bbox="826 629 1385 712">Si la falta de contacto está localizada en zona incisiva.</p>
<p data-bbox="284 875 403 909">Posterior</p> 	<p data-bbox="826 875 1385 958">Si la falta de contacto afecta a segmentos laterales.</p>
<p data-bbox="284 1099 403 1133">Completa</p> 	<p data-bbox="826 1099 1385 1182">Si el contacto está localizado solo en los últimos molares.</p>

ANEXO N° 06



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ODONTOLOGÍA



FICHA DE ENTREVISTA

INSTRUCCIONES: Marcar con un (X) según corresponda cada respuesta.

I. HÁBITOS BUCALES

a) ¿El niño(a) se chupa el dedo?

Si

No

b) ¿El niño(a) respira por la boca?

Si

No

c) ¿El niño(a) se chupa el labio?

Si

No

d) El niño presenta onicofagia

Si

No

ANEXO Nº 07

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Luz Preciado Lara
 Institución donde labora: UDH
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de Recolección de Datos
 Autor del Instrumento: Susan Elizabeth Raiton Nawpay
 Aspecto de validación: Idoneidad

CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguajes apropiado																X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																X	
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecua al avance de la ciencia y tecnología																X	
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizada en forma lógica																X	
5. SUFFICIENCIA	Cumple los aspectos cuantitativos y cualitativos																X	
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																X	
7. CONSISTENCIA	Esta basada en aspectos técnicos científicos																X	
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores e ítems																X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																X	
10. PERTINENCIA	El inventario es apropiado																X	
TOTAL																		

Opinión de Aplicabilidad: Favorable para su aplicación

Promedio de Valoración: 84%

Fecha: 15 de octubre del 2018

Grado académico: Doctor
 Mención: Ciencias de la Salud
 DNI: 22465462


 Firma del Experto

ANEXO Nº 08

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: C.O. Juberth Torres Chavez
 Institución donde labora: Hospital Regional Hermito Valdivia M. Huancayo, UOH
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de Recolección de Datos
 Autor del Instrumento: Susan Elizabeth Bailon Naypay
 Aspecto de validación: Fiabilidad

CRITERIOS		DEFICIENTE BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP										
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80		85	90	95	100						
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguajes apropiado																			X								
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																											
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnologas																			X								
4. ORGANIZACION	Esta organizado en forma idonea																			X								
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X								
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																			X								
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos científicos																			X								
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																			X								
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito de la investigación																			X								
10. PERTINENCIA	El instrumento es aplicable																			X								
TOTAL																											X	

Opinión de Aplicabilidad:
Favorable para su aplicación

Promedio de Valoración: 90%

Fecha: 15 de Octubre del 2013

Grado académico MAESTRO
 Mención ESTODIATOLOGIA
 DNI 22404041

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
 CLINICA ESTODIATOLOGICA
Juberth Torres Chavez
 Mg. Juberth Torres Chavez
 C.O.P.
 DOCENTE



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Jesús María, 8 de Febrero de 2019

HOJA DE COORDINACION N° 001 AA-11/8/

Señor Crí EP Jefe del Dpto. de Estomatología del HMC

Asunto: Remite (01) trabajo de investigación de Bachilleres de Odontología

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 23 de Enero 2019
b. Trabajos de investigación (45 fólíos) y 01 CD
c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

1. TRAMITE POR EFECTUAR

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para remitirle adjunto al presente el trabajo de investigación del bachiller de Odontología BAILON NAUPAY SUSSAN ELIZABETH egresada de la Universidad de Huánuco, quien solicita realizar el trabajo de investigación. **"FRECUENCIA DE MORDIDA ABIERTA REALACIONADA A HABITOS BUCALES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA 2018"**, en el servicio de ODONTOPEDIATRIA del Departamento a su cargo, para su aprobación y respuesta.

2. OBSERVACIONES:

Se adjuntan anillado con trabajo de investigación y CD, asimismo solicitamos la devolución del referido trabajo para continuar el trámite con el Comité de Investigación del HMC.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.




O-31022774A+
LUIS MENJÍETA MORODIAZ
CRL EP
Jefe del DADCI
Presidente del Comité de Ética

DISTRIBUCIÓN:

- Dpto Estomatología..... 01
- Archivo..... 01/02
LMM/eyl



HOSPITAL MILITAR
CENTRAL LIMA



Dr. Carlos Velazco Tapia
Especialista en
Odontopediatria



Paciente: HORNA
RENGIFO ANNYA
SOFIA
Edad: 13
Presenta: Mordida abierta
Anterior





Paciente:
GUTIERRES
CRISTOBAL
EMILIO
Edad: 11
Presenta:
MORDIDA ABIERTA
ANTERIOR



Paciente:
SALAS VILLA
DIEGO
Edad: 06
Presenta:
MORDIDA
ABIERTA
ANTERIOR



Paciente:
VIA HUATUCO
CELESTA
Edad: 10
Presenta:
MORDIDA
ABIERTA
ANTERIOR



Paciente:
NESTARES GERRA
DAYNA
Edad:
06
Presenta:
MORDIDA
ABIERTA
COMPLETA



Paciente:
VILCHEZ CARRILLO
ALICIA
Edad:
06
Presenta:
MORDIDA
ABIERTA
COMPLETA



Paciente:
MESA NEYRA
MARA
Edad:
07
Presenta:
MORDIDA
ABIERTA
ANTERIOR



Paciente: DIAS CASAS
FERNANDA
Edad: 11
Presenta: MORDIDA
ABIERTA

