

Multimed 2019; 23(3)

Mayo-Junio

Artículo original

Respiración bucal. Nivel de conocimientos de padres o tutores

Mouth breathing. Oral respiration. Level of knowledge of parents or tutors

Boca de respiração Nível de conhecimento dos pais ou responsáveis

Ms.C. Salud. Buc. Comun. Juan Hernández López. .^{1*}

Ms.C. Salud. Buc. Comun. René Pablo Céspedes Isasi.¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Pol. Luís Galván Soca. Centro Habana. Habana, Cuba.

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

RESUMEN

Introducción: los pacientes que presentan respiración bucal adquieren una postura adaptativa de las estructuras de la cabeza y la región del cuello, que afectan la relación de los maxilares y el desarrollo normal del mismo, trayendo manifestaciones clínicas bucales, faciales y esqueléticas.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de padres o tutores de los pacientes sobre respiración bucal, así como de las manifestaciones clínicas que ocasiona.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo y correlacionar en 120 padres de pacientes entre 7 a 19 años de edad que se inscribieron en el departamento de Ortodoncia del Policlínico Luís Galván Soca del municipio Centro Habana entre julio del 2017 y agosto del 2018 y respiraban por la boca.

Resultados: los resultados evidenciaron bajo conocimiento de pacientes y padres o tutores sobre respiración bucal, así como de las manifestaciones clínicas que ocasiona alta relación de pies planos y cifosis encontradas.

Palabras clave: Respiración por la Boca; Maloclusión.

ABSTRACT

Introduction: patients with mouth breathing acquire an adaptive posture of the structures of the head and the neck region, which affect the relationship of the jaws and the normal development of the same, bringing oral, facial and skeletal clinical manifestations.

Objective: to determine the level of knowledge of parents or guardians of patients about mouth breathing, as well as the clinical manifestations that it causes.

Method: an observational, descriptive and correlation study was conducted in 120 parents of patients between 7 to 19 years of age who enrolled in the orthodontics department of the Luis Galván Soca Polyclinic in the Centro Habana municipality between July 2017 and August 2018 and were breathing by the mouth.

Results: the results showed low knowledge of patients and parents or guardians about mouth breathing, as well as the clinical manifestations that it causes. High ratio of flat feet and kyphosis found.

Keywords: Mouth Breathing; Malocclusion.

RESUMO

Introdução: pacientes com respiração boca adquirir uma postura adaptativa das estruturas da região da cabeça e pescoço, afectando a relação dos maxilares e desenvolvimento normal do mesmo, trazendo manifestações clínicas orais, faciais e esqueléticas.

Objetivo: determinar o nível de conhecimento dos pais ou responsáveis dos pacientes sobre respiração bucal, bem como as manifestações clínicas causadas.

Método: um estudo observacional, descritivo e correlacionar em 120 pais de pacientes com idades entre 7-19 anos que foram inscritos no departamento de ortodontia Policlínica Luis Galván Soca Central Havana entre julho de 2017 e agosto 2018 e soprou pela boca.

Resultados: os resultados mostraram baixo conhecimento dos pacientes e pais ou responsáveis sobre a respiração bucal, bem como as manifestações clínicas que causam. Relação alta de pés chatos e cifose encontrados.

Palavras-chave: Respirar pela boca; Má oclusão

Recibido: 7 de enero de 2019.

Aprobado: 12 de febrero de 2019.

Introducción

Para el éxito de los tratamientos de los agentes causales de anomalías dento-maxilo-faciales no solo es necesario el conocimiento de las manifestaciones clínicas, sino también el nivel de conocimientos de padres o tutores y del individuo propiamente dicho; para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados ya que ellos desempeñan un papel crucial.⁽¹⁾

La respiración es fundamental para la vida, esta debe realizarse a través de las fosas nasales ya que en ellas se realizan las funciones bactericidas y de caldeoamiento del aire,⁽²⁾ al producirse el cierre bucal la lengua se adosa al paladar duro creando una presión negativa que estimula el desarrollo de las estructuras oro facial, al respirar por la boca la lengua descende para que pase el flujo aéreo.⁽³⁾

Mora y otros,⁽³⁾ definen la respiración bucal como un conjunto de signos y síntomas como resultado de la alteración patológica naso respiratoria.

Cuando se producen alteraciones en las vías aéreas superiores, el individuo está obligado a respirar por la boca y como consecuencia se presentarán cambios faciales, craneales, dentales, posturales y fisiológicos.⁽⁴⁾

Por lo tanto la fisiología respiratoria presupone la inspiración por las fosas nasales lo que permitirá un buen desarrollo oro facial y un buen crecimiento esquelético. Lamentablemente todos no respiramos correctamente.⁽³⁻⁶⁾

Entre las causas más frecuentes del respirador bucal se encuentran obstáculos respiratorios altos como adenoides, hipertrofias de amígdalas faríngeas, pólipos, rinitis alérgica, hipertrofia de cornetes y desviación de tabique. Obstáculos bajos que afectan la respiración normal son: hipertrofia de amígdalas palatinas y amigdalitis a repetición.⁽¹⁻⁷⁾

Manifestaciones clínicas faciales

- ✓ Facies adenoidea, narinas estrechas, piel pálida, labio superior corto e hipotónico, labio inferior grueso, labios agrietados y resecos, aumento del tercio facial inferior.
(1-8)
- ✓ Manifestaciones clínicas bucales.
- ✓ Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual,
- ✓ Mordida cruzada posterior uní o bilateral, mordida cruzada funcional , posición baja de la lengua, arcada superior triangular, estreches transversal del paladar, hipo desarrollo de los senos para nasales , presencia de hábitos secundarios, apiñamiento , vestibulo versión de incisivos superiores, linguoversión de incisivo inferiores, linguoversión de dientes posteriores superiores, egresión de dientes anteriores superiores e inferiores, gingivitis crónica.^(1,6,7,9,10)

Manifestaciones clínicas esqueléticas

Hundimiento del esternón, pronunciamiento costal, hipomotilidad del diafragma, cifosis dorsal, lordosis lumbar, pie plano hacia adentro (pievalgo).^(1,6,7)

Manifestaciones clínicas psicosociales

Trastornos intelectuales por falta de oxígeno, apatía, cansancio, disminución de la concentración, la mala reposición al dormir le da trabajo para levantarse e influye en su rendimiento escolar. ^(1,6,7)

Las maloclusiones son difíciles de evitar, por ejemplo, las hereditarias, por defectos del desarrollo de origen desconocido y traumatismo pre- natal.

Sin embargo el 25% de las maloclusiones causadas por malos hábitos a temprana edad pueden ser evitadas. ⁽⁸⁻¹¹⁾

Según Bartutis, “la prevención significa aplicar medidas para evitar enfermedades y la promoción se refiere a mejorar las condiciones de salud, donde es muy importante la responsabilidad del individuo y la familia.” ⁽⁹⁾

Para prevenir es imprescindible conocer los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difusas y peligrosas. En encuesta realiza a 90 padres en el municipio Plaza de la Revolución se encontró que el 71% de los mismo tenían muy pocos conocimientos sobre hábitos deformantes del complejo estomatognático. ^(12,13)

El objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de conocimiento de padres o tutores de los pacientes de nuestra área de salud, sobre respiración bucal, así como de las manifestaciones clínicas que ocasiona.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y correlacional de los pacientes que se inscribieron en el servicio de Ortodoncia del Policlínico Luís Galván Soca de Centro Habana en el período comprendido entre julio de 2017 y agosto de 2018 y eran respiradores bucales

El universo constó de 120 padres o tutores de 120 pacientes entre 7 y 19 años de edad cuyos padres o tutores estuvieron de acuerdo luego de explicarle los objetivos y la importancia de su participación en el trabajo

Para detectar los pacientes respiradores bucales se realizó el examen facial para observar características clínicas y anamnesis e interrogatorio a los padres

Los pacientes estudiados fueron valorados por un Ortopédico

A los 120 padres o tutores y pacientes se les lleno una planilla en conjunto (anexo1).

Las variables estudiadas aparecen en las tablas.

La información obtenida se procesó por la técnica computarizada utilizando una microcomputadora Pentium IV en la cual mediante Excel se creó una base de datos que permitió la confección de las tablas estadísticas utilizando como medida el porcentaje.

Resultados

En la tabla 1, se observa que el 23,3 % de los padres no conocen que los hijos respiran por la boca y que el 65% de los pacientes entre 7 y 19 años no saben que están respirando por un lugar inadecuado.

Tabla 1. Conocimientos de los padres o tutores y de los pacientes si respira o no por la boca.

	Si	%	No	%
Madres o tutores	92	76,6	28	23,3
Pacientes	42	35	78	65

La tabla 2, nos muestra los 42 pacientes que respondieron afirmativamente sobre su condición de respiradores bucal 34 se atendían en la especialidad de ORL para un 28%, sin embargo el resto 86 pacientes no tenían ningún tipo de tratamiento, lo que arroja un 71,6%.

Tabla 2. Pacientes respiradores bucales atendidos en Otorrinolaringología.

Se atienden	si	%

en O. R. L.	34	28,3
No se atienden en O. R. L.	86	71,6

De los 120 pacientes respiradores bucales 86 no se atienden en la especialidad de Otorrinolaringología lo que arroja un 71,6%. Han sido intervenido 14 predominando las intervenciones de adenoides con un 8,3% y solo 1,6% de amigdalectomias. Fueron intervenidos quirúrgicamente 14 por trastornos amigdalinos, adenoides u otras afecciones 14 para un 11,6% de intervenciones.

Tabla 3. Intervenciones quirúrgicas de los pacientes respiradores bucales atendidos en Otorrinolaringología.

Intervenidos por amígdalas	2	1,6
Intervenidos por adenoides	10	8,3
Otras	2	1,6
Total de Intervenciones	14	11,6

Otras investigaciones reportan que las alteraciones naso respiratorias que predominaron fueron la adenoideas y la hipertrofia de amígdalas en segundo lugar.⁽²⁾

Los respiradores bucales atendidos en Ortopedia fueron 28 para el 23,3 % de los mismos, por pies plano 14 para el 50% y 12 pacientes con cifosis con un 42,8% por otras causas sólo 2 para el 7,1%. Como podemos observar se puede inferir que la respiración bucal puede ocasionar trastornos en la postura.

Tabla 4. Pacientes respiradores bucales atendidos en Ortopedia.

Atendidos en Ortopedia	si	%
	28	23,3

De ellos según patología		
	No.	%
Por pies plano	14	50
Por cifosis	12	42,8
otros	2	7,1

De los 120 pacientes estudiados se encontró que 23,3 mostraron facies adenoidea, el 39,1% presentaron labioversión de incisivos superiores y el 33,3 % resalte aumentado. (Tabla 5)

Tabla 5. Manifestaciones bucales, faciales y esqueléticas del respirador bucal.

	No.	%
Labio versión de Incisivos superiores	47	39,1
Resalte + 5 mm	40	33,3
Labio superior hipotónico	42	35
Labio inferior hipertónico	32	26,6
Facies adenoidea	28	23,3
Cifosis	27	22,5
Pies plano	36	30

Discusión

Masías Rodríguez, encontró que el 64 % de los padres encuestados mostraron desconocimientos sobre la respiración bucal, 27,5% regular y 10% bueno. ⁽⁶⁾ Ana Paulina encontró que en 27 padres encuestados 12 desconocían trastornos respiratorios lo que representa el 44,4% de desconocimientos sobre esta afección. ⁽²⁾

Podadera refiere en estudio realizado en padres del municipio Plaza que el 71% de los padres tenían un conocimiento muy bajo con respecto a los hábitos deformantes de la

cavidad bucal. ⁽¹²⁾ Por su parte Parra halló que el 51,7% de las madres de los niños de tercer grado de la escuela Eduardo García del municipio Plaza no tenían conocimientos sobre los factores de riesgo de las maloclusiones y que el 75% de los profesores del tercer grado mostraron un nivel muy bajo. ⁽¹³⁾

Soledad Yanedis Peláez y col. encontraron que el 42,5% de las educadoras de círculos infantiles tenían poca información sobre los hábitos deformantes de la cavidad bucal. ⁽¹⁰⁾

Es importante que dentro de la familia, los individuos que la componen, adquieran estilos de vida saludables, evitar la producción de hábitos bucales deformantes como la succión digital, respiración bucal, onicofagia, donde los padres desempeñan un papel fundamental pues le propician al niño el adecuado calor materno y tratan de que el niño adquiera hábitos adecuados y beneficiosos, que contribuyan al buen desarrollo del aparato estomatognático. Resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en el seno de la familia, en el correcto mantenimiento de la salud tanto general como bucal, pues es precisamente ella la encargada de crear desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras para la salud, las cuales van a ser acatadas por los integrantes del grupo familiar y van a ser integradas a su sistema de conocimientos sobre qué hacer para conservar la salud. ⁽¹³⁻¹⁵⁾

Otros estudios plantean que la respiración por la boca puede modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua; para poder respirar por la boca, es necesario deprimir la mandíbula y la lengua y extender (inclinar hacia atrás) la cabeza, lo que favorece la aparición de alteraciones naso respiratorias y Ortopédicas junto a la ADMF. ⁽¹¹⁻¹⁶⁾

Las alteraciones ortopédicas en pacientes respiradores bucales con maloclusiones han sido menos investigadas a nivel internacional, nacional y regional; esta podría ser una causa del predominio de las primeras sobre las últimas. ⁽²⁾

Clotilde Mora en pacientes con trastornos de la respiración bucal, ⁽³⁾ Orozco halló que el 36% de los pacientes del sexo masculino y el 28% de las féminas mostraron ojeras y el 14% y el 7% respectivamente resalte aumentado. ⁽¹¹⁾

Según García Molina en su estudio obtuvo un gran porcentaje de pacientes que presentaban por lo menos una de las características clásicas de la facies adenoidea, corroborando lo hallado en nuestra investigación que el 23,3% lo presentaba. ⁽¹⁵⁾

En los pacientes estudiados las manifestaciones esqueléticas encontradas fueron los pies plano con un 30% y la cifosis con el 22,5%. En estudio reciente la alteración Ortopédica que más predominó fue la cifosis. ⁽⁵⁾

En la actualidad se conoce que el respirador bucal con maloclusión tiene un gran riesgo de manifestar estos tipos de alteraciones debido a que con frecuencia está obligado a adquirir posturas compensadoras para respirar mejor, lo que lo lleva a alteraciones en la relación del cráneo y la columna cervical y por tanto, al cambio de la posición de los hombros. ⁽²⁾

Parra, en su investigación, encontró un predominio de la cifosis, mientras que la escoliosis y el pie plano se presentaron con igual cantidad; no resultó igual en otros estudios reportados. Probablemente, la cifosis predominó porque además de tener como factor importante el poco desarrollo muscular, los cambios adaptativos de la cabeza en flexión dorsal, llevan a una hiperlordosis cervical compensadora y esta a su vez a un aumento de la cifosis dorsal compensando a la primera. ⁽¹³⁾

En el estudio de Giraldo y col, 68,4% de los encuestados presentaron trastornos ortopédicos aunque no se define las patologías. ⁽¹⁴⁾

Conclusiones

Se puede observar que los conocimientos del paciente como de los padres o tutores sobre la respiración bucal y etiología de la misma es muy bajo, así como la atención en las Especialidades de O.R.L. y Ortopedia. A los padres, familiares y pacientes las únicas manifestaciones clínicas que les preocupan son el resalte y el labio versión de los incisivos superiores. Encontramos una relación alta de pies plano y cifosis asociado al respirador bucal debido a que el paciente inclina la cabeza hacia atrás y las narinas hacia delante, el

peso hacia delante de la cabeza sobre la columna vertical le crea la cifosis y el paciente modifica la pisada buscando equilibrio para no caerse, por lo que aparecen los pies planos y tobillos hacia adentro.

Los tratamientos de los pacientes con insuficiencia respiratoria nasal deben estar enfocados desde un punto de vista multidisciplinario, donde participen en conjunto el Ortodoncista y el O.R.L. que es quien dice si es un hábito o la etiología de la misma.

Referencias bibliográficas

1. Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento Rev Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun; 25(2): 112-121.
2. Aragundi Castro AP. Prevalencia de mal oclusiones como consecuencia de respiración bucal en niños entre 4 y 10 años mediante examen clínico en centros infantiles de la ciudad de Quito. [Internet]. Quito: Universidad de Las Américas; 2017 [citado 20/8/2018]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/7580>
3. Mora Pérez C, Habadi Ahmed S, Apolinaire Pennini JJ, López Fernández R, Álvarez Mora I, Agüero García H. Respiración bucal: Alteraciones dentomaxilofaciales asociadas a trastornos nasorespiratorios y ortopédicos. Medisur 2009; 7(1): 58-64.
4. Zambrana Toledo González N, Dalva López L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación ro facial: Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional. [Internet]. Barcelona: Masson; 1998 [citado 10/8/2018]. Disponible en: <https://elrincondeaprenderblog.wordpress.com/2016/08/15/libro-logopedia-y-ortopedia-maxilar-en-la-rehabilitacion-orofacial-tratamiento-precoz-y-preventivo/>
5. García Triana BE, Hibatulla Ali A, Grau León IB. Respiración bucal y su relación con algunas afecciones bucales y médicas: mecanismos fisiopatológicos involucrados. Rev haban cienc méd 2016; 15(2): 200-212.
6. Martínez Rodríguez M, Martínez Vergara Y, Corrale León A, Abreu González H, Colín

- Soto S. Profundidad del paladar y posición del hueso hioides en niños con respiración bucal. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río 2017; 21(3): 319-327.
7. Silva PG, Bulnes LR, Rodríguez LL. Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de mal oclusión en escolares del Centro, Tabasco. ADM 2014; 71(6): 285-289.
8. Valcheva Z, Arnautska H, Dimova M, Ivanova G, Atanasova I. The role of mouth breathing on dentition development and formation. J of IMAB 2018; 24(1): 1878-82.
9. Bartutis M. La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud. Lectura de Filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
10. García Peláez SY, Espeso Nápoles N, Herrera Naranjo J. Información sobre hábitos bucales deformantes en trabajadoras de círculos infantiles. AMC [Internet]. 2010 [citado 2/5/2018]; 14(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n5/amc080510.pdf>
11. Orozco Cuanalo C, Castillo González ML, Bribiesca García ME, González de la Fuente MV. Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. Revista Especializada en Ciencias de la Salud 2016; 19(1): 43-47.
12. Podadera VZ, Flores PL, Rezk DA. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Médicas 2013; 17(4): 126-137.
13. Parra Y. El paciente respirador bucal, una propuesta para el estado Nueva Esparta 1996-2001. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 2004 [citado 2/8/2018]; 42(2). Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/paciente_respirador_bucal.asp
14. Giraldo Vélez N, Olarte Sossa M, Ossa Ramírez JE, Parra Izasa MA, Tobón Arango FE, Agudelo Suárez AA. Características de la oclusión en respiradores bucales de 6 a 12 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev Nac Odontol [Internet]. 2015 [citado 2/8/2018]; 20(11). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/759>
15. García Molina GI. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. Rev. Latinoamericana de Ort. Y Odontopediatría. 2011.

16. Díaz JE, Fariñas MM, Pellitero BL, Álvarez E. La respiración bucal y su efecto sobre la morfología dentomaxilofacial. *Corr Cien Med* [Internet]. 2005 [citado 15/8/2018]; 9(1).

Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori6.htm>

Anexos

Anexo 1. Encuesta al respirador bucal.

Pol. Luís Galván Soca. Dpto. de Ortodoncia

Nombres y Apellidos-----

Sexo----- Edad-----

¿se tiene conocimiento que el paciente respira por la boca?

Mamá si----- no-----

El paciente si-----no-----

Se atiende con el O.R.L. si----- no-----

¿Fue intervenido quirúrgicamente por O.R.L.? Si----- no-----

La intervención fue de Amígdalas-----

Adenoides----- otras-----

¿Fue ó es atendido por Ortopedia? Si---no---

¿Por qué? Pies plano-----Cifosis-----Otros-----

Labioversión de inc. Sup. Si-----no-----

Resalte más de 5mm-----

Labio sup. Hipotónico si-----no-----

Labio inf. Hipertónico si-----no-----

Facies adenoidea si-----no-----

Cifosis si-----no-----

Pies plano si----- no-----

Anexo 2. Consentimiento informado.

Por la presente expreso que he sido informado acerca de los propósitos de esta investigación, y yo: _____ consiento en participar brindando información verídica, con el convencimiento de que sólo se hará divulgación científica de los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.