

Medicent Electrón. 2013 abr.-jun.;17(2)

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
PLACETAS, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

Algoritmo para establecer una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal

Algorithm for establishing an integral conduct considering the buccal respiratory syndrome

MSc. Dra. Annette Morell Rocha¹, MSc. Dra. Olga Lidia Véliz Concepción², MSc. Dra. Mariela Suárez Domínguez³, MSc. Dra. Yanisleidis Ruiz Díaz⁴, MSc. Dr. Roily Jover Broche⁵, Dra. Catalina Fariñas Morales⁶

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Filial Universitaria Municipal de Salud. Placetas, Villa Clara. Correo electrónico: odalisgc@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Auxiliar. Santa Clara, Villa Clara. Correo electrónico: estomat@ucm.vcl.sld.cu
3. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias en Estomatología. Asistente. Clínica Estomatológica Sur. Placetas, Villa Clara.
4. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Instructora. Clínica Estomatológica Norte. Placetas, Villa Clara.
5. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Instructor. Clínica Estomatológica Norte. Placetas, Villa Clara.
6. Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Instructora. Clínica Estomatológica Sur. Placetas, Villa Clara.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar un Algoritmo para establecer una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal en la infancia, en el municipio de Placetas, provincia de Villa Clara, durante el período comprendido desde septiembre de 2009 hasta diciembre de 2010.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa utilizando un muestreo de tipo no probabilístico, y se empleó el criterio de expertos. El proceso se llevó a cabo en tres etapas; para ello, se conformó un equipo multidisciplinario para la elaboración del Algoritmo, y se identificaron las principales deficiencias relacionadas con el diagnóstico, conducta, seguimiento y control de esta enfermedad en la infancia, utilizando diferentes técnicas y métodos. La información fue triangulada y sometida al análisis de contenido. Se definieron los grupos en los que se trabajó, y en sesiones de trabajo se elaboró el Algoritmo, con el fin de mejorar la práctica clínica ante esta enfermedad.

Resultados: Al elaborar dicho algoritmo, se ofrece un soporte científico necesario para racionalizar la conducta estomatológica y así disminuir la variabilidad profesional ante lo que constituye, sin dudas, un problema de salud en el municipio.

Conclusión: El algoritmo diseñado fue evaluado de excelente en cada uno de sus pasos por los expertos consultados, por lo que puede generalizarse y aplicarse en contextos afines.

DeCS: Respiración por la boca, Promoción de la salud

ABSTRACT

Objective: To elaborate an algorithm in order to establish an integral conduct in childhood considering the buccal respiratory syndrome, in Placetas municipality, Villa Clara province, from September, 2009 to December, 2010.

Methods: A qualitative research was performed using a non-probabilistic sampling, and experts' criteria were also used. The process was carried out in three stages; for this, a multidisciplinary team was formed in order to elaborate the algorithm, the principal deficiencies related to diagnosis, conduct, follow-up and control of this disease were identified, using different techniques and methods. Information was processed using the triangular method and subjected to content analysis. Groups, in which the team worked, were identified, and the algorithm was elaborated in work rounds, with the aim of improving clinical practice considering this disease.

Results: While doing this algorithm, a necessary scientific support is offered for rationalizing stomatological conduct, as well as, for decreasing professional variability which is undoubtedly a health problem in this municipality.

Conclusion: The designed algorithm was evaluated as excellent by the consulted experts in each of its steps, which can be generalized and applied in similar contexts.

DeCS: Mouth breathing, Health promotion

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha sido concebido para respirar fisiológicamente por la nariz, pues la mucosa de las fosas nasales tiene funciones bactericidas, de humedecimiento y caldeoamiento del aire, y solo en casos excepcionales de mayor demanda de aire, se complementa con el aire bucal, lo cual conduce a un equilibrio de desarrollo de las estructuras craneomaxilofaciales y del resto del organismo.¹

Al pasar el aire solo por la boca, se instala una función anormal y este llega deficiente al pulmón desde el punto de vista higiénico o sanitario, pues entra frío, seco y cargado de polvo, y es poca la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre. Todo esto desencadena una serie de alteraciones, tanto morfológicas como funcionales a nivel de todo el organismo, que se van estableciendo durante el crecimiento. A estas alteraciones se les denomina síndrome del respirador bucal, que es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en los pacientes que respiran por la boca.²

A nivel mundial, este síndrome afecta a lactantes, niños y adultos indistintamente, con mayor incidencia en centros urbanos y países desarrollados³. En Cuba, se están realizando estudios sobre él desde hace décadas, como el del colectivo de Santa Marta, Varadero, en la provincia de Matanzas, que intervino en edades escolares en niños con hábitos deformantes, como los respiradores bucales.⁴ En el municipio de Placetas de la provincia de Villa Clara, en un pilotaje realizado en el año 2009 al universo de niños de cinco años, de círculos Infantiles, el 45,2% eran respiradores bucales, lo que pone de manifiesto que constituye un problema de salud importante, con impacto en la morbilidad de la población infantil.^{5,6}

Es importante, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, realizar interconsultas con un equipo multidisciplinario, sin abandonar el enfoque integral y preventivo. La variabilidad clínica en la conducta ante el paciente con esta enfermedad se destaca como problema en los estudios realizados sobre el tema en el municipio, y dificulta la atención integral a los pacientes afectados. Ante el rápido crecimiento científico, se demanda cada vez más de prácticas transparentes basadas en las mejores evidencias, que ayuden a resolver los problemas de los pacientes y disminuyan la variabilidad en la práctica clínica entre los distintos profesionales; con esta finalidad, se decidió elaborar un Algoritmo para establecer una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal en la infancia.

MÉTODOS

La investigación fue cualitativa, y se desarrolló en el municipio de Placetas, provincia de Villa Clara, durante el período comprendido entre septiembre de 2009 y diciembre de 2010.

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico para trabajar con el grupo de expertos, y se utilizó una cuota con enfoque opinático.

El proceso científico investigativo se desarrolló en tres etapas fundamentales: En la primera (etapa de diagnóstico), se procedió a conformar un equipo multidisciplinario integrado por especialistas en Pediatría, Estomatología General Integral, Medicina General Integral, Ortodoncia, Otorrinolaringología, con categoría docente, que en su quehacer profesional enfrentan el síndrome del respirador bucal y, por consiguiente, tienen una vasta experiencia individual de su atención y control en los niños. Fueron identificadas las principales deficiencias relacionadas con el diagnóstico, conducta, seguimiento y control de este síndrome en la infancia. Para ello, se realizó análisis documental, lluvia de ideas y entrevistas semiestructuradas a directivos.

La información obtenida fue debidamente triangulada, y se le realizó un minucioso análisis de contenido que permitió diagnosticar el estado o situación real, en relación con la conducta, ante este síndrome.

Segunda etapa: Al concluir la etapa anterior, se pudo contar con la información que permitió –mediante la aplicación del método histórico lógico, el análisis, la síntesis, la inducción-deducción– transitar hacia los resultados propuestos, y apoyados en la experiencia personal de la autora, elaborar el diseño de la propuesta del algoritmo ([Anexo](#)).⁷

Tercera etapa: El algoritmo diseñado se sometió a la valoración por expertos; se consideró como tales a médicos y estomatólogos, especialistas de II Grado, docentes con categoría superior, con título de Máster. Se entregó el algoritmo a los expertos seleccionados y se les aplicó una encuesta para su valoración; para ello, se establecieron los siguientes criterios: adecuada, si predominaban los criterios valorativos de Excelente y Bien, e inadecuada, si prevalecían los criterios de regular y mal. Se tuvieron en cuenta las sugerencias emitidas y se perfeccionó el producto final.

RESULTADOS

El Algoritmo para la conducta integral ante el síndrome del respirador bucal tiene como finalidad establecer pautas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños afectados. En él se pone de manifiesto el protagonismo del estomatólogo general integral y del médico general integral en todo el proceso. Este algoritmo se realizó teniendo en cuenta la estructura del sistema nacional de salud en Cuba y la importancia que tiene la atención primaria de salud dentro de él. Se parte de una pesquisa activa de los niños respiradores bucales desde edades bien tempranas en la comunidad por el médico general integral y el estomatólogo general integral, como parte del Grupo Básico de trabajo (GBT) del área a que pertenecen; no se excluye al estomatólogo general básico de estas acciones de salud, sino que se consideró implícita su actividad en este pesquaje, el cual permitirá llegar al diagnóstico de esta enfermedad; los niños que no la padezcan se incluyen en el Programa de Atención Estomatológica Integral al menor de 19 años y en el Programa de Atención Materno-Infantil. Si el diagnóstico es positivo, se realiza un examen general integral que permitirá al estomatólogo y al médico dar tratamiento y seguimiento al niño afectado y, de ser necesario, remitirlo al segundo nivel de atención. Se garantiza que una vez concluido el tratamiento por las diferentes especialidades en la atención secundaria, se lleve a cabo el seguimiento de estos niños tanto por el estomatólogo como por el médico general integral, con el objetivo de evitar recidivas de la enfermedad, e incorporar a estos niños a los programas de salud antes mencionados.

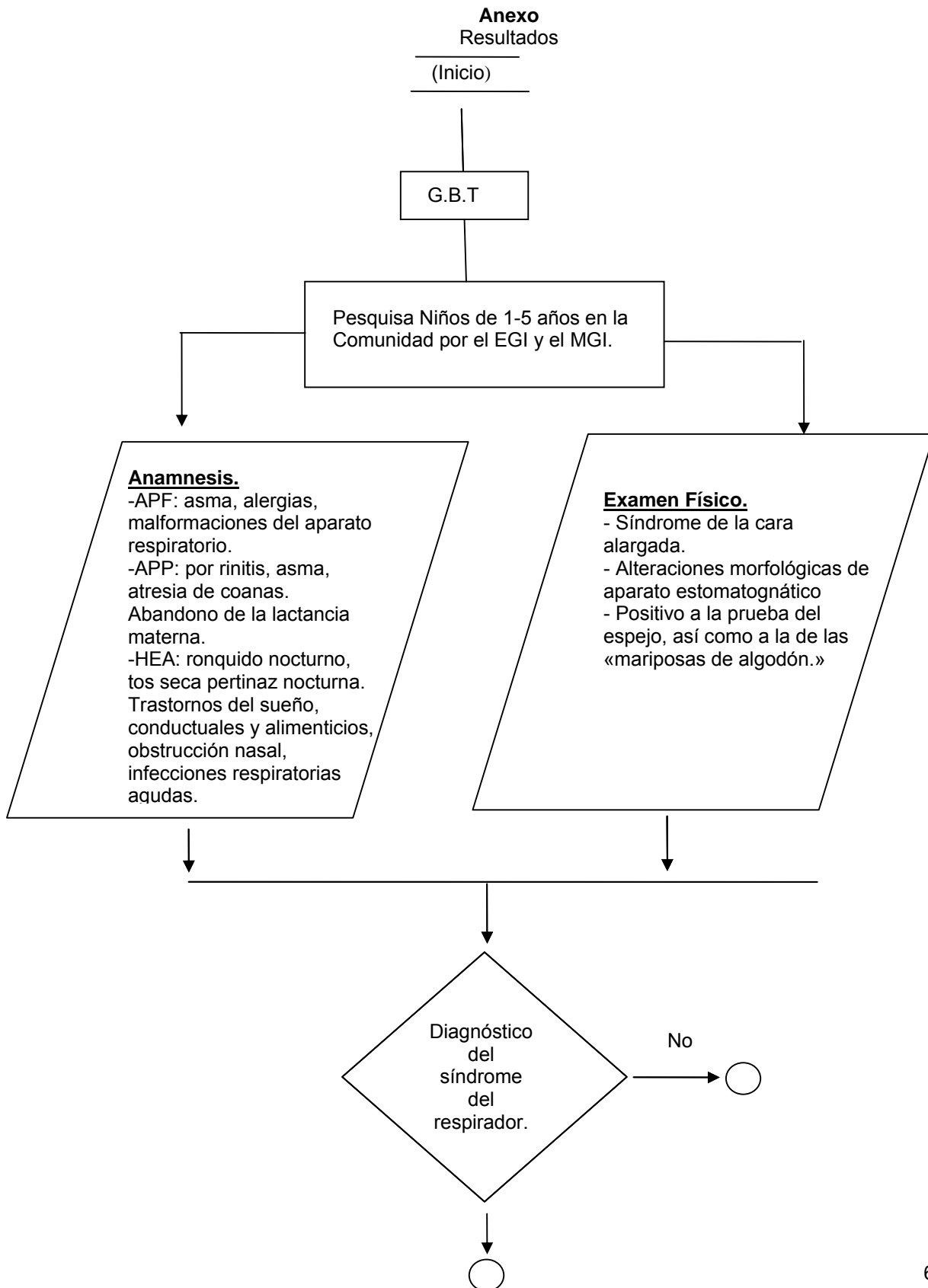
DISCUSIÓN

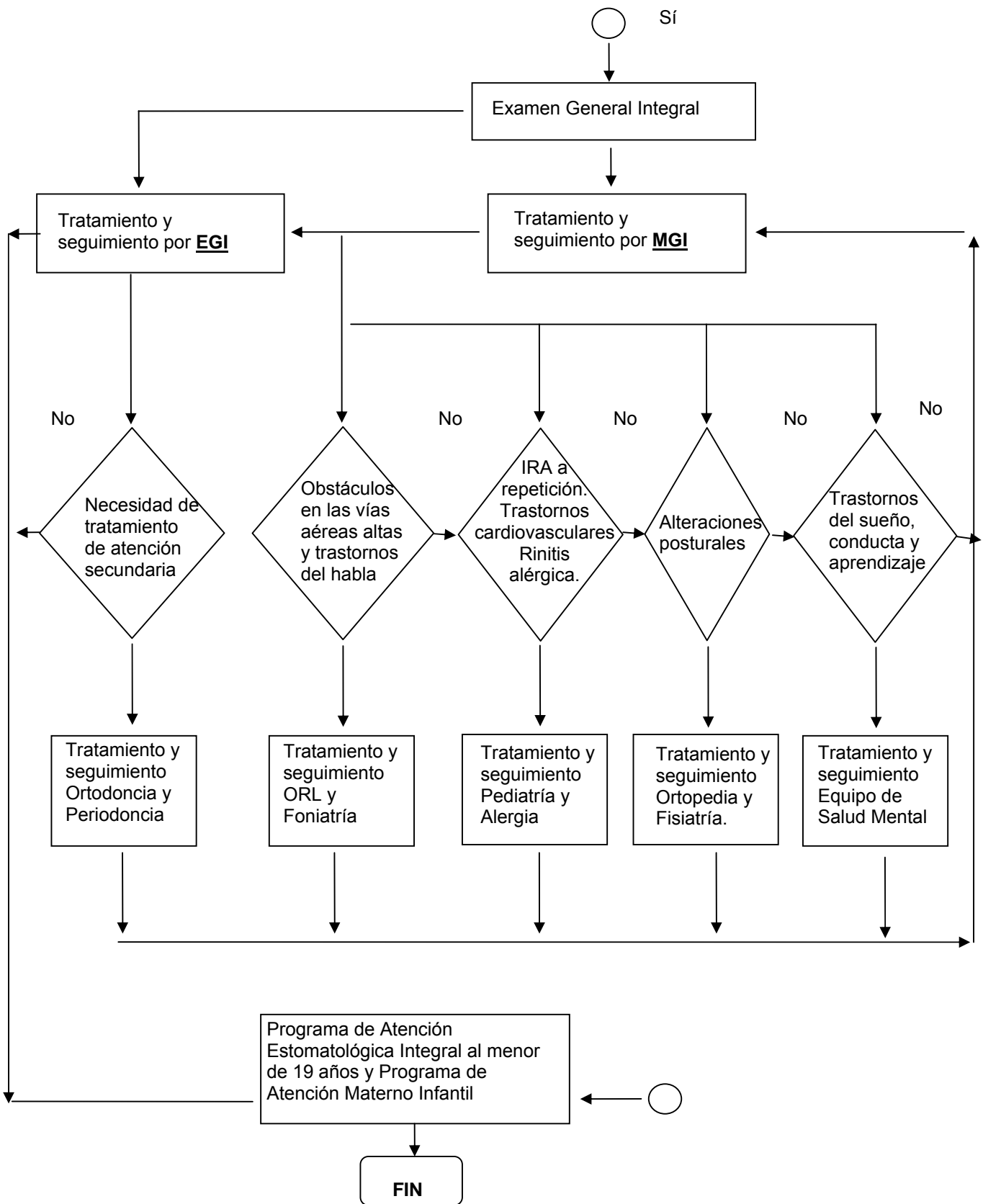
La pesquisa activa de los niños con esta enfermedad en la comunidad no se propone en ningún otro trabajo consultado, aunque sí se define la importancia del diagnóstico⁶ temprano de la enfermedad, como forma de prevenir alteraciones más graves en el organismo del niño.

Otras investigaciones^{8,9} insisten en la importancia de un correcto interrogatorio, de un examen clínico profundo y en el uso de diferentes métodos que permitan comprobar clínicamente la existencia de la respiración bucal y que tienen la ventaja de no ser costosos, son fáciles de aplicar y permiten la cooperación del niño al no ser traumáticos, lo cual coincide con esta propuesta y la experiencia práctica de los autores del presente informe.

En diferentes estudios, se plantea la necesidad del tratamiento integral por un equipo multidisciplinario que posibilite la rehabilitación completa del niño¹⁰⁻¹⁴ con lo cual se está de acuerdo; de ahí el diseño de este Algoritmo, el cual se realiza teniendo en cuenta la estructura del sistema nacional de salud.

Este equipo de investigación consideró importante el seguimiento evolutivo del paciente ya tratado por el equipo multidisciplinario, pues la respiración bucal constituye un hábito difícil de eliminar,^{15,16} sobre este aspecto no se encontraron referencias en los estudios consultados, por lo que el Algoritmo se diseñó para que se realizara por los especialistas de la atención primaria, que poseen la preparación adecuada para ello.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Labiondo Echarri P. Diagnóstico de las vías aéreas superiores. Respiración bucal. En: Diagnóstico en Ortodoncia. Barcelona. Quintessence; 1998; p. 453-63.
2. Pérez Quiñónez JA, Martínez JL, Moure Ibarra M, Pérez Padrón A. Respiración bucal en niños de 3-5 años. Parroquia Catia la Mar Vargas. Enero-junio de 2008. Rev Méd Electrón [internet]. 2010 oct. [citado 15 mar. 2012];32(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol5%202010/tema03.htm>
3. Laboren M, Medina C, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, *et al.* Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición [internet]. Venezuela: PUC; 2010 [citado 15 mar. 2012]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art20.pdf>
4. Cepero Sánchez ZJ, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2007 oct.-dic. [citado 26 mar. 2012];44(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400007&lng=es
5. Guías de prácticas clínicas de oclusión. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
6. Morell Rocha A, Pérez Ángel M, Suárez Domínguez M, Jover Roche R, Guerra Moreno S. Guía de prácticas clínicas para una conducta integral ante el síndrome del respirador bucal en la infancia [CD-ROM]. Santa Clara: Samuel Feijoo; 2007.
7. Llanes Llanes E, Del Valle Portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Álvarez Pérez MC, *et al.* Guías prácticas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: MINSAP; 2003. p. 210-3.
8. Zillman G, Villalobos J, Pieschacon P. Morbilidad bucal en niños de 6 y 12 años de una escuela básica, Comuna de Recoleta, Región metropolitana. Rev Fac Odontol Univ Chile. 2007;17(1):15-22.
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
10. Belmont-Laguna F, Godina-Hernández G, Ceballos-Hernández H. El papel del pediatra ante el síndrome de respiración bucal. Acta Pediatr Mex [internet]. 2008 [citado 15 feb. 2008];29(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/enero-febrero2008/1Acta%20Pediatr%20Mex%202008-29%281%29-3-8.pdf>
11. Motta LJ, Bachiega JC, Guedes CC, Laranja LT, Bussadori SK. Association between halitosis and mouth breathing in children. Clinics (Sao Paulo). 2011;66(6):939-42. PubMed PMID: 21808855.
12. Okuro RT, Morcillo AM, Sakano E, Schivinski CI, Ribeiro MÂ, Ribeiro JD. Exercise capacity, respiratory mechanics and posture in mouth breathers. Braz J Otorhinolaryngol. 2011 Sep.-Oct.;77(5):656-62. PubMed PMID: 22030977.
13. Chervin RD, Cole TJ, Emond A, Henderson J, Xu L. Prevalence and persistence of sleep disordered breathing symptoms in young children: a 6-year population-based cohort study. Sleep. 2011 Jul. 1;34(7):875-84. PubMed PMID: 21731137.
14. Roggia B, Correa B, Pranke GI, Facco R, Rossi AG. Postural control of mouth breathing school aged children regarding gender. Pro Fono. 2010 Oct.-Dec.;22(4):433-8. PubMed PMID: 21271095.

15. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Margarita F, Rondón S, *et al.* La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático [internet]. Caracas: Amolca. 2007 [citado 23 sep. 2010]. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/pdf/art5.pdf>
16. Guardo AJ. Manual de Ortodoncia. 2da. ed. Buenos Aires; Ateneo; 2008.

Recibido: 8 de diciembre de 2012

Aprobado: 15 de abril de 2013

MSc. Dra. Annette Morell Rocha. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Filial Universitaria Municipal de Salud. Placetas, Villa Clara. Correo electrónico: odalisgc@capiro.vcl.sld.cu