

## LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PORTADOR DEL SÍNDROME DEL RESPIRADOR BUCAL. BARTOLOMÉ MASÓ. 2014-2017

**Autor:** MSc.Dr. Roberto Macías Gil. Profesor Asistente de Ortodoncia y Odontopediatría (UCM-Granma, Cuba) Especialista de I y II Grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Email: [gil@grannet.grm.sld.cu](mailto:gil@grannet.grm.sld.cu)

**Co-autores:** Dr. Camilo Ernesto Macías Calás. MSC. Dra. Leticia María Quesada Oliva, CD. Dra. Carmen Lilia Sánchez González, CD. Dr. Willebaldo Moreno Méndez.

### RESUMEN

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta todo el crecimiento y desarrollo. Preocupados con las altas prevalencias de pacientes con el SRB, los autores decidieron realizar un estudio cuanti-cualitativo, en dos etapas. **Material y métodos:** un estudio observacional inicial, descriptivo-prospectivo para determinar la presencia pacientes de 5 a 11 años portadores del SRB, factores/categorías asociados al síndrome, para aplicar protocolos de atención integral. Una segunda etapa de intervención con un programa de promoción para mejorar el nivel de conocimiento, en el Policlínico “Bartolomé Masó”, (2014 -2017). El universo está constituido por 5638 niñas y niños de 5 a 11 años que asisten para atención estomatológica básica, una vez de alta, pasan al segundo nivel (ortodoncia). Se llevarán al equipo multidisciplinario los pacientes identificados como portadores del SRB, para comenzar la atención integral. La muestra quedará conformada el 31 de diciembre del 2015, los años 2016-2017 serán para evaluar procesos. **Resultados:** En el año 2015, se han atendido integralmente 35 casos en ortodoncia, donde: 10 presentaron alteraciones psicológicas, ya en tratamiento, 32 diagnosticados sin alteraciones por el ORL, 12 con alteraciones alérgicas asociadas, 3 casos para inmunología. El ortopédico detectó 13 con alteraciones y 5 con dificultades oftalmológicas. **Conclusiones:** El equipo de atención

integral se estructura consecuentemente al desenvolvimiento de las diferentes especialidades y nos ha resultado efectivo.

**Palabras clave:** síndrome del respirador bucal, tratamiento estomatológico integral, equipo multidisciplinario.

## INTRODUCCIÓN

La respiración es el proceso fisiológico indispensable para la vida de organismos aeróbicos, la respiración normal se realiza por las fosas nasales, y tiene funciones bactericidas y caldeoamiento del aire, la respiración oral solo interviene en los momentos de esfuerzos físicos donde el paso de aire por las fosas nasales no es suficiente, o cuando hay alguna infección respiratoria transitoria. <sup>1</sup>

La respiración oral debiera ser considerada como un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas asociados al modo respiratorio oral, donde además se consideren sus secuelas para poder determinar una asociación y aumento significativo en el riesgo de sufrir TDA. <sup>2</sup>

La evaluación clínica de un posible niño respirador oral, sería más determinante considerarlo de acuerdo a la severidad de sus secuelas que solo establecer su modo respiratorio. <sup>3</sup>

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. <sup>4</sup>

A nivel mundial, este síndrome afecta a lactantes, niño y adultos indistintamente con mayor incidencia en centros urbanos y países desarrollados. <sup>5</sup>

*Tomes* señaló por primera vez la respiración bucal como móvil de maloclusión dentaria, posteriormente se han referido a la misma, autores como: *Mayoral, Moyers, Guardo, Hotz, Buño* entre otros. <sup>6,7</sup>

El paciente con SRB en dependencia de la fase en que se encuentre, y de la habilidad del equipo que lo trate resulta ideal para el establecimiento de buenos hábitos; los niños/niñas se muestran psicológicamente receptivos para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas y hábitos inadecuados que tendrán influencias en su crecimiento y desarrollo general normal.

Problema Científico: El tratamiento al paciente con “síndrome del respirador bucal”, lo realiza por lo general solamente el ortodoncista, a pesar de que, por la complejidad de su etiología, tratamiento y rehabilitación integral, debe ser tratado en un equipo multidisciplinario.

¿Pudiera revertirse este tipo de tratamiento unilateral, hacia un tipo de tratamiento multidisciplinario para la atención integral al SRB? ¿Qué aspectos en el orden científico-metodológico incorporar en el diagnóstico, terapéutica, decisiones escalonadas y rehabilitación, para lograr la salud integral que permitan cambios en el estado de salud del paciente SRB?

Para resolver estas interrogantes, el objetivo general de este trabajo fue:

Constituir el equipo multidisciplinario de atención integral al paciente de 5 a 11 años, portador del “síndrome del respirador bucal”. Municipio Bartolomé Masó. 2014- 2017, para elaborar diferentes protocolos de atención integral al paciente portador del “síndrome del respirador bucal”.

Para su cumplimiento se trazaron los siguientes objetivos específicos:

- 1- Determinar la presencia de niñas y niños de 5 a 11 años portadores del “síndrome del respirador bucal”, por grado de escolaridad.
- 2- Clasificar los respiradores bucales por hábito o por patología. (O.R.L.).
- 3- Establecer una atención integral multidireccional desde y para el paciente portador del síndrome.
- 4- Identificar el nivel de conocimiento sobre el hábito de respiración bucal y sus consecuencias.
- 5- Elaborar y aplicar un programa de intervención educativo-preventivo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El enfoque general del estudio es cuanti-cualitativo. Se está realizando en dos etapas, primero un estudio observacional, descriptivo-prospectivo para determinar la presencia

de niñas/niños de 5 a 11 años portadores del SRB, y algunos factores o categorías asociados al síndrome, y aplicar diferentes protocolos de atención integral, según el tipo. Una segunda etapa de intervención basada en el diseño de un programa de promoción y prevención que propicie un cambio en el nivel de conocimiento, en el Policlínico Universitario “Bartolomé Masó” y su Departamento de Ortodoncia del municipio Bartolomé Masó, en el periodo 2014 -2017.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de niñas y niños de 5 a 11 años que asisten por el plan incremental de atención estomatológica básica, con un seguimiento de acciones educativas y preventivas, una vez realizada la atención primaria y el alta, serán consultados, interconsultados o remitidos al segundo nivel de atención, al departamento de ortodoncia. Será el ortodoncista y su licenciada, los encargados de convocar y llevar al equipo multidisciplinario los pacientes identificados como portadores del SRB, para comenzar la atención integral. La muestra quedará conformada al terminar el segundo año del comienzo del estudio (31 de diciembre del 2015), margen necesario para tener los dos siguientes años (2016-2017) para las evaluaciones adecuadas de la puesta en marcha del estudio. Concluyendo el 31 de diciembre del 2017.

Criterios de inclusión:

1. Niñas y niños que no presenten alguna alteración mental.
2. Niñas y niños mayores de 5 años y menores de 11 años.
3. Niñas y niños sean portadores del “síndrome del respirador bucal”.
4. Que padres, madres, representantes y/o tutores autoricen la participación de sus niños en el estudio.

Criterios de Exclusión:

1. Niñas y niños que presenten alguna alteración mental.
2. No interés por parte de los padres, madres, representantes y/o tutores de que sus niños participen en el estudio.
3. Niñas y niños menores de 5 años y mayores de 11 años.

Criterios de salida:

1. Que padres, madres, representantes y/o tutores emigren hacia otros sitios, con sus niños.

2. Que padres, madres, representantes y/o tutores, con sus niños; decidan una vez comenzado el estudio, abandonarlo.

Deontología médica: Se procedió a una entrevista estructurada, solicitando primero la voluntariedad para participar en el estudio, a los niños/niñas y sus padres, madres, tutores y/o representantes; explicándoles la características e importancia de la investigación, qué, por qué, y para qué, se realizaría el estudio y la forma en que se le ejecutará el examen y los tratamientos, así como, el llenado de la Historia Clínica y los elementos auxiliares del diagnóstico, además de la nueva forma del tratamiento integral multidisciplinario. Obteniéndose su consentimiento informado de forma oral y en casos que lo requiera se realizó el consentimiento firmado. Explicando además que se mantendrá la confidencialidad de todos los datos obtenidos.

Para diseñar la estrategia de promoción y prevención bucal se procedió a desarrollar un grupo de acciones que abarquen los siguientes temas:

Tema 1: Conocernos a nosotros mismos. Yo soy un paciente “respirador bucal”.

Tema 2: Métodos preventivos y de promoción en salud con el paciente “respirador bucal”

Tema 3: Diferentes cambios que ocurren en el niño y niña “respirador bucal”.

Tema 4: Responsabilidad y autocuidado de mi salud.

Tema 5: La atención integral por diferentes especialistas. Las visitas multidisciplinarias.

Mi papá, mi mamá, mi representante, mi tutor y yo.

Tema 6: Hábitos bucales deformantes y maloclusión. Tratamientos adecuados.

Tema 7: Lactancia materna y su relación con la salud bucal.

Se aplicó en padres, madres, representantes y/o tutores, al finalizar el semestre, la misma encuesta para medir la modificación del nivel de conocimientos

Técnicas y procedimientos:

-De obtención de la Información:

Se realizaron las evaluaciones siguientes:

Examen EGI, ORL, ortodóncico general y funcional, pediátrico, ortopédico-traumatológico, psico-social, fonoaudiológico, defectológico, psico-pedagógico y quinesiológico. Con todos los resultados de estos exámenes se confeccionó un expediente clínico-epidemiológico pediátrico que es evaluado y discutido

trimestralmente por el equipo, una vez logrados todos los objetivos propuestos se cierra el expediente y se le otorga el alta al paciente.

Procesamiento de la información: La información será recogida por el autor, revisando el expediente clínico-epidemiológico pediátrico, procesada para su análisis y discusión utilizando una base de datos en Excel, y medida resumen el por ciento (%) y promedio, para los índices a utilizar. Se confeccionó un informe final a través del procesador de texto Word, presentándose los resultados para su interpretación, en forma de tablas y gráficos estadísticos.

La entrada al sistema de atención es multidireccional, cualquiera de los especialistas que detecte el síndrome tiene la capacidad de captar al paciente para comenzar su atención integral, esto permite que cualquier paciente tiene la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado, es a partir de 5 años que ya el niño y niña comenzó la escuela y se le pueden realizar los diferentes exámenes con resultados más confiables. Las pruebas psicométricas, son aplicables a partir de esa edad que ya el paciente comenzó su etapa pre-escolar y escolar, es en la escuela además donde tiene sistematizada la atención psicopedagógica y sus docentes tienen la posibilidad de realizarnos la caracterización psicopedagógica adecuada. La atención integral llega hasta los 11 años, cuando termina la tercera infancia, es entonces que se concluye nuestra atención integral, preparamos a un niño/niña para incorporarse a una adolescencia plena y sin dificultades, se ha eliminado, y así lo esperamos la mayoría de los signos y síntomas del síndrome del respirador bucal, época propicia para recibir los “estirones” propios de la pubertad, que facilitarían el éxito del tratamiento integral.

Tradicionalmente ha sido y seguirá siendo el ortodoncista, el encargado de la atención a este tipo de paciente, se confeccionó el expediente clínico-epidemiológico pediátrico y se archivó en el departamento de admisión/archivo.

Las estructuras están creadas en las SRI, sólo coordinar las acciones.

## RESULTADOS

Tabla 1 Presencia de niñas y niños de 5 a 11 años portadores del “síndrome del respirador bucal”, por grado de escolaridad. Septiembre 2014

grados	Exam.	maloclusión	%	Normo	%	SRB	%
--------	-------	-------------	---	-------	---	-----	---

				oclusión			
pre-esc	9	5	55,6	4	44,4	1	11,1
primero	11	7	63,6	4	36,4	2	18,2
segundo	10	6	60,0	4	40,0	3	30,0
tercero	10	7	70,0	3	30,0	4	40,0
cuarto	11	8	72,7	3	27,3	5	45,5
quinto	22	17	77,3	5	22,7	6	27,3
sexto	22	18	81,8	4	18,2	7	31,8
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>68</b>	<b>71,6</b>	<b>27</b>	<b>28,4</b>	<b>28</b>	<b>29,5</b>

En la tabla 1 observamos los resultados de los exámenes a los escolares al comenzar el estudio que buscábamos la presencia de los SRB, son ascendentes los %, desde un 11,1% hasta 45,5%. Este hecho nos demuestra que los SRB están presentes en nuestras consultas y son aportados por la comunidad, se corroboran estos resultados debido a que nuestro municipio es agrícola dependiente de un central azucarero y la mayoría del año está vertiendo a la atmósfera millones de alérgenos contaminantes de la atmósfera y por sus canales los desechos de la industria. La contaminación ambiental es una de las causas fundamentales de todos los procesos respiratorios.

Tabla 2 Clasificar los respiradores bucales por hábito o por patología. (O.R.L.).

Septiembre 2014 a enero 2015.

grados	SRB	Hábito	%	Patología	%
pre-escolar	1	1	100	-	-
primero	2	1	50	1	50
segundo	3	3	100	-	-
tercero	4	3	75	1	25
cuarto	5	3	60	2	40
quinto	6	6	100	-	-
sexto	7	7	100	-	-

Total	28	24	<b>85,7</b>	4	14,3
-------	----	----	-------------	---	------

Una vez examinados y detectados los SRB, el primer paso fue remitirlos al ORL (Tabla 2), los resultados demostraron que el 85,7% se diagnosticaron sin patología ORL presente, confirmando que es por hábito. Sólo el 14,3% fue por patología que fueron tratados por el ORL y ya se encuentran operados y comenzado su tratamiento de ortodoncia por las oclusopatías ya presentes.

Tabla 3 Atención integral multidireccional desde y para el paciente portador del SRB.

Año 2015

Especialidades	Atendidos	Con alteraciones	%
EGI	35	<b>35</b>	100
Ortodoncia	35	<b>35</b>	100
Pediatría	24	3	12,5
ORL	32	2	6,25
Psicología	34	7	20,5
Alergista	15	<b>12</b>	80
Inmunología	3	1	33,3
Defectología	15	6	40
Psicopedagogía	14	5	35,7
Ortopédico	19	<b>13</b>	68,4
Oftalmólogo	10	5	50

La Tabla 3 nos muestra todas las especialidades que intervinieron en el proceso de atención integral a los pacientes SRB, son porcentajes mayores la EGI por constituir la puerta de entrada al sistema de salud cubano, la atención básica por la que todos los pacientes comienzan, le sigue ortodoncia porque las ciencias médicas históricamente nos han dado el derecho de ser los responsables únicos de estos pacientes SRB, y concluyentes son los alergistas y los ortopédicos en este estudio,

que a decisión del equipo multidisciplinario, tenemos muchas variantes de este síndrome que tenemos que seguir investigando.

Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre el SRB y sus consecuencias, en padres, madres, representantes y/o tutores.

Nivel de conocimientos	No.	%
Bien	7	10
Regular	18	25,7
Malo	45	64,3
Total	70	100

Si referirnos al nivel de conocimientos, una vez aplicada la encuesta, observamos que en la mayoría de los padres, madres, tutores y representantes de las niñas y los niños es malo (64,3%), siguen de nivel regular el 25,7% y sólo el 10% es bueno por la presencia en la muestra de los adultos de profesionales y universitarios que se han documentado acerca del SRB. Los niños(as) viven en diferentes barrios y diferentes condiciones socio-económicas que se traduce en las variaciones de resultados en cuanto al nivel de conocimientos.

## **DISCUSIÓN.**

Por muchos años distintos autores, tales como: Linder-Aronson, Ricketts, Bushey, entre otros, han estudiado la respiración y su relación en el desarrollo facial; distintos términos como Síndrome de obstrucción respiratoria (Ricketts), Síndrome de cara larga (Schendel) e Insuficiente Respirador Nasal IRN (Gómez) lo describen. En Cuba la frecuencia del SRB oscila entre el 15.3 y 24.6 % en dependencia del grupo etario; en el Departamento de Ortodoncia, Escuela de Estomatología La Habana en círculos infantiles, aproximadamente un tercio de los niños de 3 a 5 años son respiradores bucales, con una tasa de 38.1 por cada 100 niños. En nuestro estudio lo vimos presente desde un 11,1% hasta un 45,5% por encima de los valores pero es la situación geográfica de la comunidad estudiada que se encuentra en un central azucarero, el producir azúcar conlleva a contaminación ambiental y a la emisión de contaminantes y

alergénos a la atmosfera y al medio que nos rodea, convirtiéndose en el primer factor de riesgo asociado al SRB.

Las autoras, M<sup>a</sup> Antonia Ruiz y Ana Cerecedo nos definen que: “Las obstrucciones nasales pueden darse por hipertrofia de adenoides, desviación del tabique, un cuerpo extraño, hiperplasia de la mucosa, tumores, pólipos, fracturas o atrexis. Las hiperplasias de la mucosa se pueden producir por rinitis alérgica o vasomotora, por sinusitis, por irritación por olores o por polución” y concluyen que: La observación experimental deja claro que existen más niños respiradores bucales de los que imaginamos.

Está demostrado que el nivel de conocimientos es un factor imprescindible en la solución de muchos problemas de salud fácilmente prevenibles, pero solo la educación en salud y autorresponsabilidad llevará a nuestra comunidades hacia el completo bienestar biológico, psicológico y social: la salud.

## CONCLUSIONES

1. Se han concluido 35 expedientes clínico-epidemiológico-odonto-pediátrico.
2. La mayoría de los pacientes son respiradores bucales por hábito.
3. Casi la mitad de los pacientes presentaron problemas ortopédicos.
4. El equipo de atención integral resulta efectivo, logrando atención integral con altos estándares de calidad.
5. Predominó la categoría de malo en cuanto al nivel de conocimientos.
6. La satisfacción de los pacientes y sus familiares con la atención recibida es buena.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Molina, G.I. Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucles en edades tempranas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Agosto 2011. Obtenible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
2. González Acuña M., Jacard Ergas M., Werlinger Cruces F A, Calderón Vivanco N, Álvarez Palacios E A. Respiración oral y traumatismo dentoalveolar en niños de 6 a 14 años. Rev Cubana Estomatol. 2014;51(1)
3. Harari D, Redlich M, Miri S, Hamud T, Gross M. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. Laryngoscope. 2010 Oct;120(10):2089-93.
4. 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.5p.].Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol5%20-2010/tema03.htm>

5. 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>
6. Mayoral J, Mayoral G. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 67 ed. Barcelona: Editorial Labor, 1990;96-105.
7. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 47 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992:124-30.