



LABOR DE MÉDICOS GENERALES Y PEDIATRAS EN EL SÍNDROME DE RESPIRACIÓN BUCAL.

Autora principal: Dra. Anaid Cueto Salas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Ortodoncia. Máster en Odontogeriatría. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología de La Habana. Cuba. Correo electrónico: anaid.cueto@infomed.sld.cu ORCID: 0000-0002-9033-9424

Coautoras: Dra. Vilma Beatriz Salazar Bandera, Dra. Camila Caridad Rodríguez Fuentes, Dra. Sandra Elena Bandera Wilson, Dra. Betsy Vilma Salazar Bandera

RESUMEN

Introducción. El síndrome de respiración bucal es una condición médica caracterizada por la sustitución persistente del patrón respiratorio nasal por la respiración oral. La detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multidisciplinario con enfoque integral y preventivo. **Objetivo.** Describir las características generales del síndrome de respiración bucal y la labor de médicos generales y pediatras ante esta condición. **Método.** Se realizó un estudio descriptivo mediante una revisión bibliográfica, haciendo uso de las bases de datos biomédicas PubMed, Scielo, Medline, Lilacs, con el buscador Google académico, sintetizando los datos encontrados en 19 referencias bibliográficas, entre tesis y artículos de revistas, en español e inglés. **Resultados.** La prevalencia de pacientes con respiración bucal varía entre el 5 al 75% en niños de 6-12 años, como consecuencia de una obstrucción funcional o anatómica y por hábitos, ocasionando alteraciones faciales, bucales, posturales y funcionales. **Conclusiones.** El síndrome de respiración bucal afecta la calidad de vida, el desarrollo craneofacial y la salud general de los individuos, especialmente en infantes. La identificación oportuna por parte del médico general y el pediatra de los signos y síntomas que lo caracterizan, es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de anomalía que pueda instaurarse o ya se haya instaurado en el paciente niño o adolescente que está en fase de crecimiento y desarrollo. La derivación a las especialidades pertinentes para su tratamiento forma parte esencial de su labor dentro de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: respiración bucal, médico general, pediatra

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.^{1,2}

El Síndrome de Respiración Bucal (SRB) también conocido como síndrome del insuficiente respirador nasal es aquel que genera una respiración por la boca en lugar de realizarlo por la nariz. Esta condición trasciende lo meramente funcional, configurándose

como un síndrome complejo con manifestaciones sistémicas que impactan el desarrollo físico, cognitivo y social de los individuos afectados.^{1,3}

Según refiere Yunca Picón y cols.⁴, en la literatura se informa que la prevalencia de pacientes con respiración bucal a nivel mundial varía entre el 5 al 75% de los casos dependiendo de la población estudiada. Los artículos publicados incluyen a niños y adolescentes debido a que en estos grupos se producen cambios más significativos en comparación a un adulto.

En América Latina varía significativamente entre países y grupos de edad, con estimaciones que oscilan entre 15 y 75% en poblaciones pediátricas⁴. Estudios revelan cifras de prevalencia en varios países como Paraguay y Ecuador, con un 28,87% y un 48% respectivamente.^{5,6}

Las investigaciones del SRB en Cuba han revelado cifras de prevalencia variables según las regiones y los grupos etarios estudiados. En Cuba la frecuencia oscila entre el 15,3% y 24,6% y el grupo más afectado se encuentra entre los 6 y 11 años de edad⁷. Un estudio realizado en Pinar del Río, citado por Santamaría⁸, arrojó que el 27,4% de los niños entre 9 y 12 años cumplían criterios de respiración bucal. Mientras que investigaciones más recientes en Guantánamo mostraron que la respiración bucal representaba el 25,2% de los hábitos parafuncionales en adolescentes de 12-13 años.⁹

El sistema de salud cubano, con su énfasis en la atención primaria como eje del sistema, comenzó a integrar la detección temprana de respiradores bucales en los programas de atención al niño sano¹⁰.

Se plantea que tanto la prevención, como el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la disfunción respiratoria exigen la colaboración de la familia del niño, así como el trabajo de un equipo multidisciplinario con enfoque integral y preventivo compuesto por el Ortodoncista Odontopediatra, Otorrinolaringólogo, Alergólogo, Fonoaudiólogo, Ortopédico, Fisiatra y Psicólogo.⁴

El médico de familia y el pediatra juegan un papel central en la detección inicial durante las consultas de puericultura y seguimiento del niño sano, así como en la coordinación de las derivaciones a especialistas, siendo su papel esencial en el manejo de este síndrome, permitiendo que se revierta el cuadro clínico y evitar que llegue a edad adulta con anormalidades funcionales. Desafortunadamente la detección de este síndrome suele producir de forma tardía, y cada vez más acuden a la consulta de Ortodoncia pacientes respiradores bucales, siendo el ortodoncista el primer profesional de la salud que lo diagnostica. Por tales motivos los autores se sienten motivados a realizar la presente revisión bibliográfica con el objetivo de describir las características generales del síndrome de respiración bucal y la labor que juegan los médicos generales y pediatras ante esta condición.

DESARROLLO

Métodos

Para cumplir el objetivo, se realizó un estudio descriptivo, por medio de una revisión de la bibliografía disponible sobre el síndrome de respiración bucal y la labor del médico general y el pediatra ante esta condición. Esta revisión se basó en el análisis crítico y síntesis de literatura científica y estudios epidemiológicos publicados en el contexto nacional e internacional, con especial énfasis en investigaciones realizadas en las

últimas dos décadas. La búsqueda incluyó artículos indexados en revistas médicas cubanas y extranjeras, utilizando el buscador Google Académico.

De los artículos y tesis seleccionados, resultaron útiles para la presente investigación 19, los cuales representan el soporte teórico de la misma.

Resultados

La respiración bucal puede originarse por factores obstructivos (como hipertrofia adenoidea y/o amigdalina, rinitis alérgica, cavidad nasal estrecha con hipertrofia de cornetes o desviación del tabique nasal), por factores habituales (persistencia del patrón respiratorio oral tras la resolución de la causa obstructiva), o por anatomía (determinada por características estructurales como labio superior corto que impide el sellado labial completo). También se incluyen en la etiología factores genéticos, malformaciones congénitas con deformidades craneofaciales, lesiones tumorales, herencia o incidencia familiar².

Según Kingsley y col., citado por Rotemberg¹¹, aunque históricamente se asume que la respiración bucal secundaria a la obstrucción de la vía aérea nasofaríngea es el principal factor etiológico del síndrome de cara larga o facies adenoidea y las consecuentes anomalías dentofaciales, estudios de corte transversal y longitudinal no demuestran una relación causa-efecto tan simple entre disfunción nasorespiratoria y facies adenoidea. La presencia de este síndrome sería resultado de la interacción compleja de factores hereditarios e influencias ambientales.

El síndrome de respiración bucal conlleva un amplio espectro de consecuencias clínicas que afectan múltiples sistemas y funciones. En el ámbito dentomaxilofacial, se presentan alteraciones faciales como facies adenoidea que incluye cara alargada y distendida con aumento de la dimensión del tercio inferior, ojos caídos, pigmentación suborbital más conocida como ojeras, labios incompetentes (incapacidad para mantener el sellado labial en reposo, caracterizada por labio superior corto e hipotónico y labio inferior grueso y evertido), labios resecaos y flacidez de toda la musculatura de la cara, fosas nasales estrechas, alteraciones bucales como micrognatismo transversal del maxilar, retrusión mandibular, perfil convexo, resalte aumentado, paladar ojival (profundo y estrecho), mordida abierta anterior y cruzada posterior, incisivos superiores vestibularizados y/o apiñados, gingivitis e hiperplasia gingival, halitosis y lengua saburral. La asociación con maloclusiones dentarias es prácticamente universal, destacándose la Clase II de Angle (especialmente en los grupos de 6-11 años y 12-14 años)^{4,11-13}.

Las alteraciones funcionales incluyen trastornos de la deglución (persistencia de la deglución infantil), masticación ineficiente, disminuciones en el olfato y el gusto, trastornos de la audición que pueden llegar a producir disfunción tubaria e hipoacusia conductiva, y alteraciones en la fonación (dislalías y rinolalia). Los niños respiradores bucales frecuentemente sustituyen fonemas como "M" por "B" y "N" por "D", presentando un timbre de voz alterado con resonancia nasal exagerada.⁴

A nivel postural y general, se observan alteraciones como "pectus excavatum" (tórax en embudo), escápulas aladas, elevación y abducción de hombros, cifosis dorsal, lordosis lumbar, genu valgo y pie plano. Estas adaptaciones posturales representan mecanismos compensatorios para facilitar la entrada de aire por la vía oral, pero con el tiempo se fijan y agravan el cuadro clínico.^{11,13}

La calidad de vida de los niños afectados se ve considerablemente menoscabada, con reportes de trastornos del sueño (ronquidos, apnea, sueño agitado), disminución del

rendimiento escolar (por hipoxia crónica y trastornos de atención), y problemas psicosociales relacionados con la apariencia física y las dificultades de comunicación.¹³

El diagnóstico del SRB se basa predominantemente en la evaluación clínica exhaustiva, dada la limitada disponibilidad de tecnologías avanzadas en todos los niveles de atención. El protocolo diagnóstico incluye:^{4,14}

- Historia clínica detallada: identificación de síntomas como ronquidos, apnea durante el sueño, respiración bucal diurna, infecciones respiratorias recurrentes, y problemas de rendimiento escolar.

- Examen físico extraoral: observación de la actitud labial en reposo (competencia o incompetencia labial), evaluación de la morfología facial, valoración de la postura corporal global.

- Pruebas de permeabilidad nasal: incluyen la prueba de la mota de algodón (observación del movimiento de fibras de algodón colocadas ante las narinas) y la prueba de espejo de Glatzel (valoración del empañamiento diferencial entre narinas durante la respiración).

- Examen intraoral: valoración de la profundidad palatina, estado de la oclusión dental, presencia de gingivitis u otras patologías bucales.

- Evaluación funcional: análisis de la deglución, fonación y patrones masticatorios.

La prevención se puede realizar desde el nacimiento. La lactancia materna favorece el establecimiento de la respiración nasal al ajustar la sincronía entre respiración y deglución, además de proveer beneficios nutricionales, inmunológicos y emocionales. El amamantamiento promueve el crecimiento mandibular y la respiración nasal favorece el crecimiento y desarrollo del complejo maxilo-facial.¹²

El tratamiento del SRB en Cuba enfatiza el enfoque multidisciplinario, coordinado típicamente por el médico de familia dentro del Sistema Nacional de Salud. Este equipo incluye.^{7,13}

- Otorrinolaringólogo: Evaluación y tratamiento de obstrucciones anatómicas (adenoidectomía, amigdalectomía, corrección de desviación septal).

- Estomatólogo/Ortodoncista: Corrección de maloclusiones, expansión palatina, terapia miofuncional.

- Logopedia/Fonoaudiología: Reeduación respiratoria y muscular, corrección de trastornos del habla.

- Fisioterapia: Rehabilitación postural, ejercicios respiratorios.

- Alergología: Manejo de rinitis alérgica y otras condiciones atópicas.

- Pediatria: Control del crecimiento y desarrollo general, manejo de comorbilidades.

La relevancia de la salud bucal respaldada por la colaboración multidisciplinaria en los centros de atención primaria se basa en la necesidad de un enfoque holístico que involucre a diversos profesionales de la salud para prevenir y tratar las enfermedades bucales.¹⁵

Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud ha convocado a facilitar y promover la integración de la salud oral en los servicios de atención primaria, por

considerar que la prevención y el manejo de la salud oral es fundamental para el cuidado integral de las personas. Este acercamiento integral es un modelo de mejor práctica que reorienta el cuidado de la salud oral hacia la prevención y promoción, abordando los factores de riesgo comunes de las enfermedades no-transmisibles, lo que facilita una intervención temprana¹⁵.

El médico general es la piedra angular en la detección y sospecha inicial del SRB, es a menudo, el primero en identificar el problema, incluso cuando la consulta es por otros motivos. Su rol principal no es dar un diagnóstico definitivo de la causa, sino establecer la sospecha e iniciar el estudio para descartar las patologías subyacentes más comunes. Esto implica realizar una historia clínica detallada: que incluye **interrogatorio**, donde se debe preguntar sobre alergias, antecedentes de asma, amigdalitis de repetición, hábitos de sueño, rendimiento escolar; **exploración física general**, que incluye exploración otorrinolaringológica básica (inspección de fosas nasales para ver cornetes, desviación del tabique, pólipos, además de observación del tamaño de amígdalas y adenoides); **exploración bucodental**, donde se observa la anatomía del paladar, la oclusión dental, el estado de los labios y las encías; **diagnóstico diferencial**, se debe pensar en las posibles causas y orientar su búsqueda¹⁶.

La derivación coordinada y el manejo inicial, es quizás el papel más importante. El médico general actúa como el director de orquesta que deriva a los especialistas adecuados, además puede iniciar tratamientos sintomáticos básicos, como lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar, o incluso tratar una rinitis alérgica leve con antihistamínicos tópicos/orales, siempre como puente hasta la evaluación del especialista.¹⁶

El síndrome de respiración bucal requiere un manejo a largo plazo. El médico general es el eje de este seguimiento. Entre sus funciones se encuentran: coordinar la información entre los distintos especialistas, verificar la adherencia a los tratamientos prescritos (como sprays nasales), evaluar la mejoría de los síntomas generales (sueño, energía, concentración), educar y concienciar de forma continua al paciente y a la familia sobre la importancia de la respiración nasal para la salud general.¹⁶

El nivel de conocimientos de los médicos generales sobre el síndrome de respiración bucal es superior al de padres y educadores, pero aún insuficiente para un manejo óptimo del problema. Según la evidencia encontrada se presentan hallazgos como:¹⁷

-Conocimiento teórico adecuado, pero aplicabilidad limitada: los médicos generales suelen estar familiarizados con las causas comunes del síndrome, sin embargo en la práctica, muchos pacientes respiradores bucales no son diagnosticados tempranamente o son manejados de forma incompleta.

-Detección y derivación insuficientes: el estudio realizado en Guantánamo por Hernández y col.⁹ reveló que el 71,6 % de los pacientes respiradores bucales no recibían tratamiento especializado por otorrinolaringología (ORL), lo que sugiere fallas en la detección primaria y la derivación por parte de los médicos generales.

-Áreas críticas de desconocimiento: por un lado sobre manifestaciones sistémicas y posturales, y por otro lado sobre el impacto en el desarrollo craneofacial.

Cualquier condición que afecte la salud bucal de los niños tienen la posibilidad de prevenirse, mejorarse y tratarse, motivo por el cual el médico pediatra tiene un papel muy importante al ser el profesional de la salud que puede dar las primeras guías a los padres sobre salud bucal. El médico pediatra que atiende a un niño desde el nacimiento

como parte del programa de visitas de control del niño sano está en la mejor posición para identificar problemas dentales tempranos y educar a la familia sobre la atención preventiva oral. Es por eso que los Pediatras y los Odontopediatras deben trabajar juntos para mejorar la calidad de la atención preventiva de la salud bucal disponible para todos los niños pequeños.¹⁸

Los pediatras suelen estar familiarizados con las causas obstructivas más comunes de la respiración bucal y otras obstrucciones anatómicas o funcionales. También reconocen que la respiración bucal persistente puede deberse a malos hábitos después de resolver la causa inicial. Sin embargo, estudios indican que a veces se subestiman las consecuencias a largo plazo. La literatura enfatiza la necesidad de que reciban educación continua sobre este tema, incluyendo su diagnóstico funcional y la integración con otros especialistas.

El algoritmo de trabajo del pediatra en el manejo de pacientes con síndrome de respiración bucal es el mismo que el médico general, valga la redundancia, consiste en identificar el problema, realizar una correcta historia clínica, que incluye: interrogatorio, examen físico, diagnóstico diferencial; además de realizar la derivación a las especialidades pertinentes, y el manejo inicial del paciente.¹⁹

También tiene un rol esencial en la promoción y prevención de la salud. Durante las visitas realizadas para controlar al niño sano debe incluir la evaluación de la vía aérea y los hábitos respiratorios como parte rutinaria de examen e informar a los padres sobre los signos de alarma para que puedan identificar este síndrome tempranamente en caso de que el niño lo presente.¹⁹

Al ser los pediatras la primera interacción médica de los niños, deben de ser conscientes de la importancia de la salud bucal y estar preparados para abordar reintervenir de manera oportuna al detectar un problema dental, pero desafortunadamente en algunas ocasiones pasan por alto los problemas dentales ya que no les dan el nivel de importancia que se merece y pasan por alto referir al paciente a consulta dental¹⁸.

Un deficiente conocimiento, una actitud de indiferencia y una práctica pobre sobre la salud bucal infantil en médicos pediatras puede ser una desventaja para tener una adecuada salud bucal a lo largo de la infancia¹⁸.

CONCLUSIONES

Se conoce como síndrome de respiración bucal a la inspiración y espiración de aire a través de la cavidad oral. Este conlleva a múltiples patologías afectando significativamente la calidad de vida y la salud general de los individuos, especialmente en la población infantil, por lo tanto, requiere de una mirada clínica integral y multidisciplinaria para detectar precozmente esta afección. La identificación oportuna de signos y síntomas de respiración bucal en la población infantil por parte del médico general y el pediatra es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de anomalía que pueda instaurarse en el paciente niño o adolescente que está en fase de crecimiento y desarrollo. La intervención temprana de médicos y pediatras, y su capacidad para guiar a la familia a través del proceso diagnóstico y terapéutico son esenciales para prevenir las complicaciones a largo plazo y para restaurar la función respiratoria nasal, crucial para un desarrollo saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boiero M. Respiración bucal [Tesis en Internet]. Cuyo: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología; 2021 [citado el 20 de septiembre de 2025] Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15917/boiero-marina.pdf
2. Briones Acosta RC. Impacto del hábito de respiración bucal en el desarrollo del Sistema Estomatognático. Revisión de la literatura [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2022 [citado 1 de septiembre de 2025] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17855/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-699.pdf>
3. Gacitúa Cartes PJ, Zárate Piffardi MJ, Rojas Donaire JA, Reveco Padilla CC. Características principales del síndrome del respirador bucal. RECIAMUC [Revista en Internet]. 2020 [citado 1 de septiembre de 2025]; 4(1): 346-354. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/458/663>
4. Yunga Picón MY, Lalvay Armijos DA, Morocho Llivizaca KV, Ordoñez Tocto LM, Ruiz Maila DA. Diagnóstico de respiración bucal en ortodoncia y su relación con las maloclusiones dentales: revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista en Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2025] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-61>
5. Portillo Duarte BM, Villasanti Torales UA, Amarilla Ríos NI, Méndez Romero JM. Relación entre la respiración bucal y la maloclusión en niños de 6 a 12 años de la escuela Enrique Solano López, año 2023. Rev.Nac.(Itauguá) [Revista en Internet]. 2025 [citado 14 de septiembre de 2025]; 17: e1700109. Disponible en: <http://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/265/226>
6. Tigua Herrera RA. Prevalencia del síndrome de la respiración bucal en pacientes de 5 a 10 años, Clínica UCSG semestre B 2023 [Tesis en Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2024 [citado el 15 de agosto de 2025] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/22650/1/UCSG-C422-22194.pdf>
7. Fuentes Roche A, Massón Barceló R. Síndrome de respiración bucal y su relación con alteraciones posturales en niños. II Convención CISALUD [Internet]. 2024 [citado 1 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/Cisalud2024/2024/paper/view/1006/1088>
8. Santamaría Castro DE. Hábitos orales parafuncionales y su tratamiento en odontopediatría [Tesis en Internet]. Estado de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2024 [citado 1 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstreams/a075433f-cbf5-4b80-a4b2-5456fcbe99cf/download>
9. Balleuxs Pereira M, Núñez Peña LC, Trupman Hernández Y, Caraballo Villalón LB. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en adolescentes de 12-13 años de edad. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 17 de agosto de 2025]; 27(3): p. 4570. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192023000300005&script=sci_arttext

10. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cubana Salud Pública [Revista en Internet]. 2020 [citado 17 de agosto de 2025]; 46 (2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193>
11. Rotemberg Wilf E, Smaisik Frydman K. Respiración bucal en niños y adolescentes. Salud Mil [Revista en Internet]. 2014 [citado 18 de septiembre de 2025];33(1):14-9. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/207>
12. Quiroz F, Argandoña R, Briones V, Santelices P. Interacción de Tratamiento Ortodóncico, Fonoaudiológico y Kinesiológico. Reporte de caso. Int. J. Inter. Dent [Revista en Internet]. 2024 [citado 1 de septiembre de 2025]; 17(2): 102-104. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijoid/v17n2/2452-5588-ijoid-17-02-102.pdf>
13. Pardo Ludeña AM. Síndrome de Respiración Bucal en niños. Revisión Bibliográfica [Tesis en Internet]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2023[citado 1 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9cd4022d-7662-461a-948f-29ed66074eb3/content>
14. Wasnik M, Kulkarni S, Gahlod N, Khekade S, Bhattad D, Shukla H. Mouth breathing habit: a review. Int J Community Med Public Health [revista en Internet]. 2021 [citado el 20 de septiembre de 2025];8(1): 495-501. Disponible en: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/7344/4605>
15. Giraud N, Menegatti A. Una mirada sobre la salud bucal desde la atención primaria. evidencia Actualización En La práctica Ambulatoria [Internet]. 2024 [citado 1 de septiembre de 2025]; 27(3): e007127. Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/7127>
16. Karkouli G, Douros K, Moriki D, Moutsatsou P, Giannopoulou L, Maratou E, et al. Dysfunctional Breathing in Children: A Literature Review. Children [Revista en Internet]. 2024 [citado el 20 de septiembre de 2025]; 11(5): 556. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/380389892_Dysfunctional_Breathing_in_Children_A_Literature_Review
17. Kavasoglu N, Giray Tekin G, Gulcin Cetin S. Evaluation of family physicians' knowledge, attitudes and awareness on orthodontic treatments and oral health. J Health Sci Med [Revista en Internet]. 2025 [citado el 20 de septiembre de 2025];8(1):18-28. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/4245194>
18. Hernández Ortega AM. Conocimiento, actitud y práctica sobre la salud bucal infantil en médicos pediatras [Tesis en Internet]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2024 [citado el 20 de septiembre de 2025] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/27993/1/1080313029.pdf>
19. 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 1 de septiembre de 2025]; 29(1):3-8. Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1595/1/ActPed2008-01.pdf>