UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

"INCIDENCIA DE LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN NIÑOS/AS DE 0 MESES A 2 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL ÁREA DE PEDIATRÍA DE LA CLÍNICA MUNICIPAL "JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO" Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO E HIGIENE ORAL, DURANTE EL PERIODO MARZO-NOVIEMBRE 2011".

TESIS PREVIO A OPTAR POR

EL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: **KRUPSKAYA ESTEFANIA VICENTE SILVA**

DIRECTORA: **ODONT. CECILIA MARIANA DÍAZ**

LOJA – ECUADOR

2011

1. TÍTULO:

"INCIDENCIA DE LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN NIÑOS/AS DE 0 MESES A 2 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN AL ÁREA DE PEDIATRÍA DE LA CLÍNICA MUNICIPAL "JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO" Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO E HIGIENE ORAL, DURANTE EL PERIODO MARZO-NOVIEMBRE 2011".

AUTORIZACIÓN

Odont. Cecilia Díaz,

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**.**

CERTIFICA:

Que la presente investigación de autoría de la señorita Krupskaya Estefania Vicente Silva, bajo el título: Incidencia de la Candidiasis Pseudomembranosa en Niños/as de 0 meses a 2 años de edad, que acuden al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y su relación con el Bajo Peso e Higiene Oral, durante el periodo Marzo-Noviembre 2011", ha sido dirigida y revisada prolijamente en su forma y contenido de acuerdo a las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, Noviembre del 2011.

…….

Odont. Cecilia Díaz.

DIRECTORA

AUTORÍA

Declaro que las ideas, criterios, conceptos, conclusiones y recomendaciones expuestos en este trabajo de Tesis titulado:**"Incidencia de la Candidiasis Pseudomembranosa en Niños/as de 0 meses a 2 años de edad, que acuden al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y su Relación con el Bajo Peso e Higiene Oral, durante el periodo Marzo-Noviembre 2011"**;son de mi exclusiva responsabilidad, excepto los textos transcritos entre comillas y con referencia precisa de sus autores.

……

Krupskaya Estefanía Vicente Silva

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado satisfactoriamente la presente investigación, dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, especialmente a la Carrera de Odontología, y sus dignas autoridades.

Mi gratitud infinita a Dios, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi caminar. De la misma manera agradezco a todos los Docentes que fueron apoyo fundamental en mi formación académica, así mismo expreso un sincero agradecimiento a mi Directora de tesis y distinguida maestra Odont. Cecilia Díaz, que me brindó sus valiosos conocimientos y sugerencias.

Un especial agradecimiento a mis queridos compañeros de aula; a mis buenos amigos y a todas las personas que de una u otra manera, contribuyeron con su apoyo, conocimientos y experiencias, para la culminación de este trabajo investigativo.

La Autora

DEDICATORIA

La presente tesis de grado la dedico a toda mi familia, especialmente a mis padres Ángel y Raquel, a mi hermanos Carlos y Daniel; con gran cariño a todos quienes fueron la fuente de apoyo para desarrollar y culminar con plenitud la presente tesis, la misma que permitirá contribuir a la sociedad con mis conocimientos adquiridos en el transcurso de mi carrera profesional.

Mi tesis para todos ellos.

La Autora

2. RESUMEN

"La Candidiasis Bucal es la micosis superficial más común de la mucosa bucal, muy frecuente en la población infantil."[1] El presente estudio tiene como objetivo general determinar la incidencia de la Candidiasis Pseudomembranosa en Niños/as de 0 meses a 2 años de edad, que acuden al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y su relación con el Bajo Peso e Higiene Oral.

En el estudio descriptivo transversal, se trabajó con el universo de 207 niños/as que acudieron al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado", tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, en el cual se utilizó la observación directa y una historia clínica previamente elaborada con la finalidad de determinar la incidencia de Candidiasis. Para establecer el Bajo Peso se procedió a revisar las Historias Clínicas Generales del Ministerio de Salud Pública de los infantes. Y para determinar la Higiene Oral se aplicaron encuestas a las madres de los niños/as.

Los resultados obtenidos determinaron que tan solo el 20.77% de los niños/as presentaron Candidiasis, de los cuales el 9.18% tienen Bajo Peso y al 13.04% no les realizan la Higiene Oral adecuada. Por lo tanto se concluye, que en nuestro medio existe una baja incidencia de Candidiasis Pseudomembranosa. Además, tanto el Bajo Peso y la Higiene oral no constituyen factores predisponentes para la presencia de dicha patología.

[1] LASCARIS, George, Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes. Cap. 14 Pág. 128.

2. SUMMARY

The Candidiasis Bucal is the most common superficial micosis of the oral mucosa, very frequent in children. The general objective of the present study is to determine the Candidiasis Pseudomembranosa's incidence in children of 0 months to 2 years, that they attend to the Paediatrics Area of Municipal Clinic "Julia Esther González Delgado" and its relation with the low weight and oral hygiene.

In the cross-sectional study, is working with the universe of 207 children that gone Area, taking into account the inclusion and exclusion standards, where the direct observation and a medical history previously elaborated were used with the purpose to determine the Candidiasis incidence. To establish the low weight were reviewed the general clinical histories of the Public Health Ministry of the children and surveys were applied to the children's mother for determining the oral hygiene.

The results found that only 20.77% of the children / presented as Candidiasis, of which 9.18% are underweight and 13.04% do not perform proper oral hygiene. It is therefore concluded that in our environment there is a low incidence ofpseudomembranous candidiasis. Moreover, both the Light weight and Hygiene oral hygiene are not predisposing factors for the presence of this pathology.

3. INTRODUCCIÓN

"A nivel mundial la población infantil es la más susceptible de sufrir problemas nutricionales, los cuales afectan tanto el desarrollo normal de salud como cognoscitivo del infante, en consecuencia disminuye la respuesta de defensa inmune del organismo, favoreciendo la instauración de diversas patologías, entre las que destaca la candidiasis bucal, que es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa bucal y, sin duda, la afección micótica más común.

La magnitud de esta infección depende fundamentalmente de las condiciones del hospedero, pues el establecimiento del padecimiento ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasia del medio bucal."[2]

"Esta micosis oportunista, es producida por levaduras del género *Candida,* siendo *C. albicans* la especie mas reportada. Existen factores que crean el ambiente propicio para la colonización por Candida, entre estos sobresalen: desnutrición, mala higiene bucal, antibioticoterapia polimicrobiana, hábito de succión digital, y salivación reducida."[3]

Es así que la Higiene oral, también constituye uno de los factores predisponentes para el desarrollo de la candidiasis bucal, en los

[2] Dr. RODRÍGUEZ ORTEGA Judy, y otros. Candidiasis de la Mucosa Bucal. Rev. Cubana Estomatol. 2002.

[3] HERNÁNDEZ-SOLÍS SE, y otros. Frecuencia de portadores de C. albicans en un grupo de niños de una comunidad rural del estado de Yucatán. Revista Odontológica Latinoamericana, 2008.

infantes. La mayor parte de las madres, no tiene los conocimientos adecuados para higienizar la cavidad bucal de sus hijos e hijas, por ende siendo un factor coadyuvante en el desarrollo de esta patología.

"La Candida se ha convertido en una causa frecuente de infección en neonatos y lactantes. Entiéndase, por neonatos a los bebés que tienen 27 días o menos desde su nacimiento; y por lactantes, a niños mayores de 28 días de vida hasta los 2 años de edad."[4]

"Se presenta en 4 al 18% de los recién nacidos e infantes, pese a ello, su incidencia varía inversamente con la edad gestacional y el peso al nacer."[5]

Los infantes, no tienen muy desarrollada su flora bucal, lo cual asociado con alteraciones en la inmunidad, como el bajo peso, y con otros factores como, una higiene oral deficiente, hacen que sean factores que predispongan al desarrollo de la candidiasis.

[4] M. CRUZ, Tratado de Pediatría, pág. 595

[5] MOHAN P, y otros.Medidas de aislamiento para neonatos con colonización o infección para la prevención o la reducción de la transmisión de Candida en unidades neonatales. Biblioteca Cochrane Plus, 2007.

4. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**

-Determinar la incidencia de la Candidiasis Pseudomembranosa en Niños/as de 0 meses a 2 años de edad, que acuden al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y su relación con el Bajo Peso e Higiene Oral, durante el periodo Marzo-Noviembre 2011.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Determinar la incidencia de la Candidiasis Pseudeomembranosa en niños/as de 0 meses a 2 años de edad.

-Establecer la relación existente entre el bajo peso de los niños/as de 0 meses a dos años de edad, y la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa.

-Establecer la relación existente entre la Higiene Oral, de los niños/as de 0 meses a dos años de edad y la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa.

-Orientar a las madres sobre adecuados hábitos alimenticios y de higiene oral.

5. HIPÓTESIS Y VARIABLES:

¿La presencia de Candidiasis Pseudomembranosa se relaciona con el Bajo peso, y la higiene Oral de los niños/as de 0 meses a 2 años de edad?

VARIABLES:

-Incidencia de la Candidiasis Pseudomembranosa.

-Bajo peso,

-Higiene Oral.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

Este estudio es de tipo transversal descriptivo, ya que se describe la frecuencia de una patología en una población definida.

6.2. UNIVERSO:

Todos los pacientes de 0 meses a 2 años de edad y sus respectivas madres, que acudieron al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado", los mismos que fueron 207 niños y niñas.

6.3. MUESTRA:

La muestra que se obtuvo fue de 43 niños y niñas, tomando en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todas las madres y sus hijos/as con edades comprendidas entre 0 meses a dos años, que acudieron al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y que deseen colaborar con la investigación.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Todas las madres y sus hijos/as con edades mayores a dos años, que acudieron al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y que no deseen colaborar con la investigación.

6.6. PROCEDIMIENTO:

El estudio se realizó en la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado", ubicada en el sector Sur de la cuidad, correspondiente a la parroquia de San Sebastián, de manera específica se trabajó en el Área de Pediatría, obteniendo previamente los permisos correspondientes para desarrollar la presente investigación en dicha institución.

Los niños y niñas que participaron en la investigación, fueron pacientes de demanda espontánea que acudieron al Área de Pediatría de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado", desde el 8 de Junio hasta el 26 de agosto del presente año, en horarios preestablecidos de la siguiente manera: los días lunes, miércoles y viernes de 8 am-11 pm. Y los días martes y jueves de 15 pm -18 pm.

Para determinar la presencia o ausencia de *Candidiasis Pseudomembranosa*, se procedió a llenar la Historia Clínica del paciente. El diagnóstico Odontológico se lo realizó mediante la observación directa de la cavidad oral del infante, utilizando un baja lenguas y una pequeña lámpara de mano, tomando en cuenta las características bucales propias de la enfermedad. Para confirmar la presencia de Candidiasis, se tomó en cuenta el Diagnóstico del médico registrado en las historias generales de la Clínica Municipal.

Se revisaron las Historias Clínicas generales de los infantes, que presentaron Candidiasis Pseudomembranosa, para así obtener el peso de los niños y niñas. Con el objetivo de establecer el *Bajo Peso*, usando como referencia las fichas de Crecimiento de Peso por sexo, que utiliza el Ministerio de Salud Pública del Ecuador

anexadas al final de la investigación. En las cuales el peso está en relación con la edad, donde los valores normales siguen la curva de crecimiento, mientras que aquellos valores que se encuentran por debajo de dicha curva, revelan un bajo peso y aquellos que se encuentran por encima de ella revelan un sobrepeso.

Posteriormente, se aplicaron encuestas a cada una de las madres de los infantes, que presentaron candidiasis, con la finalidad de obtener la información necesaria para determinar la *Higiene Oral* de sus hijos e hijas.

6.7. ESTRATEGIAS:

"Se utilizó la estrategia de triangulación, la cual implica el uso de varios métodos para la recolección de datos como fueron, observación directa, análisis de Historias Clínicas, y aplicación de encuestas."[6]

Entre otras estrategias, se realizaron charlas de prevención, y la entrega de trípticos, para fomentar a la buena higiene oral, y para orientar a seguir una adecuada alimentación.

6.8. MÉTODO ESTADÍSTICO:

"Se utilizó el Método Estadístico Descriptivo, ya que se obtuvieron datos nuevos, los cuales fueron resumidos y organizados para facilitar su análisis e interpretación."[7]

[6] Mtro. MARTÍNEZ LÓPEZ, José Samuel. Estrategias Metodológicas y Técnicas para la Investigación Social.
[7] VILLAVICENCIO, Paúl Estadística Descriptiva.

6.9. MATERIAL DE ESTUDIO:

-La Historia clínica, previamente elaborada que facilitó la detección de la *Candidiasis Pseudomembranosa* en los infantes.

-La encuesta, que se aplicó a las madres de los niños/as, para determinar la *Higiene Oral* del infante.

-Las Historias Clínicas del Ministerio de Salud de los Niños/as, participantes en la investigación, las mismas que reposan en la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado", con la finalidad de obtener el *peso* de cada uno de ellos.

7. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. Candidiasis Pseudomembranosa

1.1. Definición

1.2. Datos Epidemiológicos

1.3. Etiopatogenia

1.4. Colonización

1.5. Factores de Riesgo para el desarrollo de la infección.

1.6. Características Clínicas

1.7. Pruebas y Exámenes de Laboratorio

1.8. Diagnóstico Diferencial

1.9. Tratamiento

1.10. Pronóstico

CAPITULO II

2. Crecimiento y Desarrollo del Niño:

2.1. Alimentación del Lactante

2.1.1. Requerimientos Nutricionales

2.1.1.1. Agua

2.1.1.2. Proteínas

2.1.1.3. Carbohidratos

2.1.1.4. Grasas

2.1.1.5. Sodio y Potasio

2.1.1.6. Calcio

2.1.1.7. Hierro

2.1.1.8. Fósforo

2.1.1.9. Magnesio

2.1.1.10. Yodo

2.1.1.11. Fluoruros

2.1.1.12. Vitaminas

2.2. Tipos de alimentación del lactante

2.2.1. Alimentación Natural

2.2.2. Alimentación Artificial

2.2.3. Alimentación Mixta Suplementaria

2.2.4. Alimentos complementarios

2.2. Desnutrición Infantil

2.2.1. Definición

2.2.2. Clasificación

2.2.3. Patogenia

2.2.4. Signos Clínicos

2.2.4.1. Signos Universales

2.2.4.2. Signos Circunstanciales:

2.2.4.3. Signos agregados:

2.2.5. Diagnóstico

2.2.6. Tratamiento

2.2.7. Pronóstico.

CAPITULO III

3. ***Prevención Bucodental Pediátrica.***

3.1. Prevención De la Candidiasis Pseudomembranosa.

3.2. Pautas para la Evaluación Bucodental del Niño Sano:

3.1.1. De 0 a 3 meses

3.1.2. De 4 a 6 meses

3.1.3. De 7 a 12 meses

3.1.4. De 1 a 2 años

3.3. Actividades de Prevención Bucodental recomendadas:

3.2.1. Recién nacido hasta 6 meses de edad

3.2.2. Desde los 7 meses hasta 23 meses de edad

3.2.3. Control odontológico a los 2 años de edad

3.4. Actitudes de la población y del profesional

3.5. Atención Odontológica Temprana

3.6. Educación del Lactante en Salud Oral

7. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

1.1. DEFINICIÓN.

"Es la micosis superficial más común de la mucosa bucal, ocasionada por levaduras endógenas y oportunistas del género Candida, especialmente C. Albicans.

1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Es cosmopolita. Se considera una de las infecciones por agentes oportunistas más frecuente en seres humanos."[88]

"Es la forma más común de candidiasis, predominando en neonatos y lactantes. Entiéndase, por neonatos a los bebes que tiene 27 días o menos desde su nacimiento; y por lactantes, a niños mayores de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. En niños mayores puede ser el reflejo de un defecto anatómico o de una endocrinopatía."[4]

"Se presenta en 4 al 18% de los recién nacidos e infantes, pese a ello, su incidencia varía inversamente con la edad gestacional y el peso al nacer. La infección por Cándida se observa en el 2,6% al 12,9% de neonatos MBPN y el 5,5% al 20% de neonatos EBPN (extremadamente bajo peso al nacer, < 1000 g)."[5]

---

[8] ARENAS, Roberto, Micología Médica Ilustrada, Pág., .218.
[4] M. CRUZ, Tratado de Pediatría, pág. 595
[5] MOHAN P, y otros. Medidas de aislamiento para neonatos con colonización o infección para la prevención o la reducción de la transmisión de Candida en unidades neonatales. Biblioteca Cochrane Plus, 2007.

1.3. ETIOPATOGENIA.

Los agentes causales son levaduras anascosporadas, cuyo estado anamorfo pertenece a la subdivisión Deuteromycotina, y su estado telemorfo puede ser Ascomycotina. Se han descrito más de 190 especies, de las cuales las principales especies patógenas son *C. Albicans, C. Glabrata, C. Krusei*, y, su teleomorfo, *Issatchenkiaorientalis; CandidaKefyr* y su teleomorfo *Kluyveromycesmarxianus, C. Guilliermondii* y su teleomorfo *Pichia Guilliermondii; C. seudotropicalis, C. Zeylanoides*, *C. Rugosa, C. Parapsilosis, C. Tropicalis, C. Lusitaniae*y su teleomorfo *Clavisporalusitaniae.* Todas son de distribución universal con excepción de *C. viswanatti* que sólo se encuentra en India. *Candida*es una levadura con habilidad de producir filamentos, en sentido amplio es un hongo dimorfo.

Clase: Blastomycetes.

Orden: Moniliales

Familia: Cryptococcaceae

Estos hongos se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza, pero C. Albicans es la más frecuente, sólo se encuentra como endosaprófito del tubo digestivo de mamíferos y aves; la segunda es C. Tropicalis, se aísla de la bucofaringe y C. Glabrata de vagina. En seres humanos son comensales de la cavidad bucal (1.5 a 41.4%, C. Albicans, 75%; C. Tropicalis, 8% y C Krusei, 3 a 6%) tubo digestivo (0 a55%, C. Albicans 50%), mucosa vaginal (2.2 a 68%, C. Albicans 75%; C. Tropicalis y C. Parapsilosis). La mayoría de levaduras también se encuentran en la piel sana, excepto C. Albicans y C. Tropicalis, que se llegan a

aislar de región perianal, peribucal y dedos. En seres humanos, también se ha aislado C. Lusitaniae y, recientemente, C. Dubliniensis en pacientes con SIDA.

Estos hongos son oportunistas y se convierten en patógenos cuando hay alteraciones de la inmunidad celular. *Candida* es un comensal, la mayor parte de las infecciones son endógenas y el episodio clave parece ser un cambio en la relación entre la levadura y el huésped. El proceso de infección comienza con la adherencia del organismo comensal a las células de la mucosa, que interactúan en la relación de la pared fúngica de polisacáridos con un receptor en la célula epitelial.

Los mecanismos de defensa son diversos y complejos. La primera defensa es la inmunidad innata que se relaciona con integridad de los epitelios, factores humorales inespecíficos y sistema inmunitario humoral o celular. La segunda línea de defensa después de la penetración fúngica esta dada por la fagocitosis y la actividad candidiacida de polimorfonucleares. *Candida* en la mucosa bucal, estimula la secreción local de numerosas citocinas proinflamatorias e inmunorreguladoras por parte de las células epiteliales. Estas citocinas estimulan la quimiotaxis y la inmunidad innata o adaptativa, o ambas, con infiltración local de neutrófilos y linfocitos T, por lo cual bajas concentraciones de éstas conferirían alta susceptibilidad a infecciones bucales por *Candida.*[8]

1.4. COLONIZACIÓN.

"La candidiasis bucal es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa bucal y, sin dudas, la afección micótica más común en esta localización. La magnitud de la infección micótica depende fundamentalmente de las condiciones del hospedero, pues el

[8] ARENAS, Roberto, Micología Médica Ilustrada, Pág., .219-223.

establecimiento del padecimiento ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasia del medio bucal.

En una boca en perfecto estado higiénico se encuentran un número infinito de bacterias y otros organismos en vida saprofita, y con ellas las distintas especies de *Candida*, pero sin desarrollar alteración patológica, de modo que tienen que incidir elementos anormales para quebrar este estado de acciones y reacciones y se motive la proliferación micótica patógena."[2]

"La colonización se produce durante el paso a través del canal de parto, por ingesta de las levaduras. También se produce por contaminación cruzada con otros lactantes, madres o personal sanitario. C. Albicans se aísla con frecuencia en los dedos de las manos, que actuaría como vector en la diseminación interpersonal."[4]

1.5. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA INFECCIÓN.

"Comprenden: *Factores locales.* Higiene bucal pobre, xerostomía. *Edad. Recién nacidos e infantes*, de manera especial *lactantes*, dado que la microflora y la inmunidad local que limitan su crecimiento están insuficientemente desarrollados. *Cambios fisiológicos*. Como el embarazo, disfunciones endócrinas o administración de esteroides. *Antibioticoterapia.* Por alteración de la microflora bacteriana habitual. *Desnutrición o alteración de la inmunidad.* Hipovitaminosis, neoplasias y enfermedades o tratamientos que alteren la inmunidad celular. *Rotura física de las*

[2] Dr.RODRÍGUEZ ORTEGA Judy, y otros. Candidiasis de la Mucosa Bucal. Rev. Cubana Estomatol. 2002.
[4] M. CRUZ, Tratado de Pediatría, pág. 594

barreras naturales del organismo. Producida por el uso de dispositivos externos como catéteres vasculares y peritoneales, prótesis valvulares o cualquier material que se coloque en el músculo, piel, torrente sanguíneo o SNC."[4]

1.6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

"Clínicamente, se presentan placas blanquesinas que cubren toda o parte de la mucosa bucal. Estas placas se desprenden de la dermis subyacente que característicamente esta inflamada y con hemorragias puntiformes. El muguet puede ser asintomático o causar dolor. Las molestias que acompañan a esta infección en ocasiones impiden la alimentación, alterando la succión y produciendo sialorrea.

Estas lesiones aparecen a nivel de las áreas yugal o en la lengua, paladar, y en los casos mas graves, en las amígdalas y esófago. No es raro que dichas partes blancas se asocien con un componente eritematoso. Aparecen como superficies multifocales o difusas blancas, de aspecto como aterciopelado. Que al momento de desprenderlas sangran fácilmente."[9]

"La candidiasis puede extenderse a todo el tubo digestivo, eso tiene traducción clínica en los niños gravemente desnutridos o inmunocomprometidos. En niños pequeños, la candidiasis digestiva, suele ser causa diarrea, vómitos fiebre y prurito anal."[10]

[4] M. CRUZ, Tratado de Pediatría, pág. 594
[9] FRIEDENTHAL, Diccionario de Odontología, Pág. 620
[10] MENEGHELLO, Pediatría, Tomo I, pág. 1100

1.7. PRUEBAS Y EXÁMENES DE LABORATORIO.

"El médico o el odontólogo casi siempre pueden diagnosticar la candidiasis bucal observando la boca y la lengua, ya que estas lesiones micóticas tienen una apariencia distintiva. Si no está claro del todo, se puede llevar a cabo uno de los siguientes exámenes para buscar los organismos *cándida*:

- *Frotis*: se realiza mediante la aposición de un portaobjetos en la lesión o raspando con una torunda o espátula. Luego se hace la extensión, se trata con una solución de KOH del 10 al 20 % y se observa mediante microscopio la presencia de hifas tabicadas características.
- *Cultivo*: mediante *Saboureaud* o agar-sangre y a las 48 h se observan las colonias cremosas, brillantes y redondeadas."[2]

1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Leucoplasia
- Liquen plano
- Pénfigo
- Nevo Esponjoso
- Herpes o Aftas Bucales.

1.9. TRATAMIENTO.

-Tratamiento no medicamentoso

– Medidas preventivas:

• Secar adecuadamente los biberones tras la desinfección o comprar unos nuevos a medida que la boca del bebe comience a curarse.

[2] Dr. RODRÍGUEZ ORTEGA Judy, y otros. Candidiasis de la Mucosa Bucal. Rev. Cubana Estomatol. 2002.

• Buena higiene oral

-Tratamiento medicamentoso

– Solución acuosa de violeta de genciana al 0.5%, aplicación tópica

• Pintar el interior de la boca 3 veces al día

• Continuar durante 48 horas después de la curación

– Nistatina suspensión oral 100 000 IU/ml

• **Lactantes / niños:** 0,5 ml después de cada comida

• **Adultos:** 0,5 ml después de cada comida

Mantener la nistatina en contacto con las áreas afectadas durante el mayor tiempo posible

– Pastillas/caramelos de nistatina, para chupar cada 6 horas durante 10 días

• **Adultos:** 100 000 IU (1 pastilla)[11]

1.10. PRONÓSTICO.

La candidiasis bucal en bebés puede ser dolorosa, pero rara vez es grave. Debido a la molestia, puede interferir con el proceso de alimentación y, si no se resuelve espontáneamente en dos semanas, consulte con el pediatra.

La candidiasis bucal en adultos puede curarse; sin embargo, el pronóstico a largo plazo depende del estado inmunitario y de la causa del déficit inmunitario.[12]

[11] Enfermedades dentales y bucales. Revista Médica Infodoctor

CAPITULO II

2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO:

2.1. ALIMENTACION DEL LACTANTE:

"El crecimiento y desarrollo normal del niño depende de factores genéticos, neuroendócrinos y ambientales; entre los factores ambientales o exógenos el más importante es una adecuada nutrición. La alimentación, a más de proporcionar suficientes calorías y cubrir los requerimientos nutricionales debe satisfacer las necesidades emocionales del niño y estimular la interrelación madre-hijo."[12]

2.1.1. Requerimientos Nutricionales:

2.1.1.1. Agua: Es el elemento más importante de la dieta. Es esencial para el transporte metabólico, la regulación de la temperatura corporal, mantenimiento del equilibrio iónico e interviene en diversas funciones celulares. Las necesidades de agua dependen del consumo calórico, temperatura atmosférica, temperatura corporal y densidad de la orina. El lactante normal necesita un diario de líquidos de 125-150 ml por kilo de peso (50 ml para pérdidas insensibles y sudación, 50-70 ml para diuresis normal y 25-50 ml para reservas).

2.1.1.2. Proteínas: Proveen aminoácidos para formación y reparación de tejidos, proporcionan iones que intervienen en el equilibrio ácidobase, forman parte de la hemoglobina, enzimas, hormonar y anticuerpos y con frecuencia se utilizan en ciclos de energía. La ingestión diaria recomendable de proteínas hasta los 4 meses de edad se estima en 1.9 gramos

[12] Dr. Tango, Inc. Candidiasis Bucal. Portal Médico Informativo MedlinePlus.

por cada 100/Kcal consumidas, de 4 a 12 meses 1.7 gramos por cada 100/Kcal consumidas y de 12 a 36 meses 1.4 gramos por cada kilo de peso corporal.

Son fuentes de proteína la leche, carne, huevos, aves, pescado, queso, cereales, granos y legumbres. Casi toda proteína dietética se desintegra hasta aminoácidos y el exceso es metabolizado por el hígado y transformado en urea que se elimina por los riñones.

2.1.1.3. Carbohidratos: Son la principal fuente de energía y toman parte en la producción de anticuerpos y en la formación de estructuras celulares. Son desintegrados por procesos enzimáticos y transformados en azúcares simples y almacenados en le hígado y músculos como glucógeno; los azúcares no almacenados se oxidan y transforman en grasa.

2.1.1.4. Grasas: Proporcionan ácidos grasos para formación de estructuras celulares; son fuente de vitaminas liposolubles y contribuyen al aporte energético.

2.1.1.5. Sodio y el potasio: Se encuentra casi en todos los alimentos. Las necesidades de sodio son de 1 gramo diario para lactantes y 3 gramos en niños mayores. Los requerimientos nutricionales de potasio varían entre 1 a 2 gramos al día.

2.1.1.6. Calcio: Las necesidades varían con el volumen corporal y aumentan durante periodos de crecimiento. El lactante alimentado al seno requiere 40 mg de calcio por kilo de peso y por día, el lactante alimentado con leche natural de vaca necesita 70 mg/kg/día.

Los requerimientos de calcio para el preescolar se estiman en 0.5 gramos diarios, en escolares 1 gramo/día y en adolescentes 1.5

gramos/día. Son fuentes de calcio la leche y sus derivados, verduras, moluscos y peces no enlatados como el salmón.

2.1.1.7. Hierro: Es necesario para la formación de hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas. El recién nacido a término tiene reservas hepáticas del hierro suficientes para cubrir sus necesidades hasta los 3 meses de edad, en tanto que el recién nacido prematuro tiene reservas disminuidas. El ingreso diario recomendado de hierro es de 6 mg para lactantes y 15 mg para niños mayores. Son fuente de hierro el hígado y otras carnes, yema de huevo, verduras, granos completos, uvas y nueces.

2.1.1.8. Fósforo: Participa en la formación del esqueleto y de estructuras celulares. El ingreso diario recomendado es de 1.5 gramos y se cubre cuando la dieta contiene cantidades adecuadas de calcio y proteína.

2.1.1.9. Magnesio: Interviene en la formación del hueso, en la producción de enzimas y en tejidos neuromusculares. Su requerimiento se estima en 3mg/kg/día y se encuentra en la carne, leche, cereales y legumbres.

2.1.1.10. Yodo: Es esencial en la producción de tiroxina, los niños necesitan un ingreso diario de 40 – 100 microgramos y los adolescentes de 100 a 200 microgramos. Las principales fuentes de yodo son la sal yodada y alimentos de origen marino.

2.1.1.11. Fluoruros: Confieren dureza al hueso y al esmalte y se han comprobado evitan caries dental; el agua de bebida debe contener 0.7 partes por millón.

Algunos minerales como **cobre y azufre** son esenciales en el metabolismo normal. El molibdeno, magnesio, zinc y cobalto participan en diversos procesos enzimáticos.

2.1.1.12. Vitaminas: La mayor parte de alimentos son fuente apropiada de vitaminas de modo que excepcionalmente se necesita administrar suplementos vitamínicos. Los requerimientos son muy variables y son cubiertos ampliamente con una dieta normal.

2.2. Tipos de alimentación del lactante:

2.2.1. Alimentación Natural:

La leche materna es el alimento natural y especifico del lactante. Su composición asegura un aporte de nutrientes esenciales, vitaminas y minerales que cubren todos los requerimientos del lactante por lo menos hasta el sexto mes. En madres desnutridas es probable que disminuya el volumen de leche secretada pero se afecta poco el porcentaje de proteínas, grasas, y carbohidratos, de modo que estas madres son capaces de alimentar adecuadamente a sus hijos.

La experiencia clínica demuestra que en lactantes alimentados al seno son menos frecuentes y graves las infecciones gastrointestinales y del aparato respiratorio; A más de satisfacerle los requerimientos calóricos y nutricionales del niño y protegerle contra diversas infecciones, la alimentación al pecho llena las necesidades emocionales del niño y contribuye a una adecuada integración madre-hijo.

2.2.2. Alimentación Artificial:

Cuando existe absoluta imposibilidad de alimentar al niño con leche materna debe recurrirse a alimentación artificial con leche de vaca, natural o industrializada, 100 ml del leche de vaca contienen 87.2 ml de agua, 12.8 g de ceniza y proporcionan 66 Kcal de energía. El 82% de las proteínas están constituidas por caseína y el 18% por proteínas del suero de la leche. El contenido de vitamina C, hierro y fluoruro es muy bajo y no llena los requerimientos recomendables para los lactantes.

Si bien la leche natural de vaca y sobare todo las leches "maternizadas" llenan adecuadamente los requerimientos nutricionales del lactante, es necesario insistir en que no poseen los factores antiinfecciosos e inmunológicos que convierten a la leche materna en el alimento insustituible del lactante, sobare todo en grupo socioeconómicos débiles en los que prevalece la infección y desnutrición.

2.2.3. Alimentación Mixta Suplementaria:

En este tipo de alimentación se reemplaza una o más lactadas al seno por biberón de leche de vaca, natural o industrializada. En nuestro medio es práctica común en madres que trabajan fuera del hogar. Esta indicada en partos múltiples y en la etapa previa al destete definitivo par acostumbrar al niño al uso de biberón. Los biberones suplementarios deben someterse a esterilización terminal.

2.2.4. Alimentos complementarios:

La dieta debe del lactante debe ser completa, suficiente y equilibrada. Hasta el sexto mes la leche materna puede ser el alimento exclusivo del lactante, en tanto en niños alimentados con

leche natural de vaca es necesario complementar la dieta con alimentos que aporten hierro y vitaminas C y D que se encuentran en concentraciones que no llenan los requerimientos recomendados.

La introducción de alimentos complementarios en la dieta tiene pro finalidad proporcionar nutrientes, minerales y vitaminas que pudieran estar en concentraciones bajas con alimentación exclusivamente láctea. Por otra parte contribuyen a la educación alimentaria al aportar nuevas sensaciones gustativas y facilitan el destete definitivo y el paso a la alimentación omnívora propia de la especie humana después del período de lactancia.

Los alimentos complementarios importantes para el lactante y su orden de introducción son: jugos de fruta como naranja, manzana y tomate al segundo mes. Frutas como plátano, manzana, pera y papaya al tercer mes, cereal y leguminosas como avena, arroz, cebada y trigo al cuarto mes. La yema de huevo duro puede iniciarse al quinto mes en tanto que el huevo entero puede darse a partir del séptimo mes. Verduras verdes como espinaca y acelga y variedades no verdes como zanahoria y papa, al quinto mes. Carne de res, pollo, ternera, al sexto mes. Los alimentos complementarios deben ofrecerse en forma en forma de puré hasta el sexto mes y picados a partir del séptimo mes.

2.2. Desnutrición Infantil:

La desnutrición Infantil es el problema más importante de salud pública en los países en desarrollo. La investigación Interamericana de mortalidad en la niñez demostró que la desnutrición fue causa asociada de muerte en el 70% de niños menores de 1 año y en el 60% en niños de 1 a 4 años.

En 1994 fallecieron en el Ecuador 194 niños menores de 1 año de edad a causa de desnutrición proteinocalórica y a pesar de que existe un importante subregistro, esta entidad ocupa el sexto lugar como causa de mortalidad infantil en nuestro país.

2.2.1. Definición:

Se considera desnutrición como un proceso patológico, inespecíficos, sistémico, potencialmente reversible, que puede presentar diversos grados de intensidad y que adopta diversas manifestaciones clínicas dependiendo de factores tanto ecológicos como individuales.

2.2.2. Clasificación:

Según la causa, la desnutrición puede ser primaria, secundaria, o mixta.

La desnutrición es primaria cuando se debe al aporte inadecuado de nutrientes esenciales.

Se considera secundaria cuando el aporte de nutrientes es adecuado pero existen condiciones que impiden o dificultan el aprovechamiento de alimentos por diversos mecanismos: alteración en la ingestión, dificultad en la absorción, aumento en la utilización o en la eliminación, aumento de los requerimientos, etc.

La desnutrición es mixta cuando al aporte inadecuado de nutrientes esenciales se asocian causas que agravan secundariamente la desnutrición.

De acuerdo al cuadro clínico predominante la desnutrición puede ser atrófica, edematosa o mixta.

La desnutrición atrófica o marasmática es más frecuente en el lactante, predomina la emaciación sobre otras manifestaciones

clínicas y es evidente la atrofia de las masas musculares y la disminución de panículo adiposo. En este tipo de desnutrición la carencia de nutrientes es aproximadamente igual para proteínas, grasas e hidrocarbonanos y es la deficiencia calórica general el factor más importante en la etipatogenia del marasmo nutricional.

La desnutrición edematosa o Kwashiorkor es más frecuente en le preescolar, el edema es clínicamente manifiesto y se asocia a otros signos circunstanciales de desnutrición como alteraciones en piel y faneras, hepatomegalia, distensión abdominal.

La desnutrición de tipo mixto o Kwashiorkor marasmático es, en nuestra opinión, una forma de transición entre la desnutrición atrófica y la desnutrición edematosa, es más frecuente en el lactante mayor y en el preescolar de corta edad y clínicamente se caracteriza por emaciación de cara, tronco y extremidades y edema incipiente pretibial y en dorso de los pies.

Según la severidad o intensidad del cuadro clínico, la desnutrición crónica puede clasificarse en tres grados, dependiendo del porcentaje de pérdida de peso relacionado con el peso ideal que le correspondería al paciente de acuerdo a su edad cronológica.

En la desnutrición de primer grado el porcentaje de pérdida de peso es de 10 a 24% en la desnutrición de segundo grado el porcentaje de pérdida de peso es de 25 a 39% y en la desnutrición de tercer grado la pérdida excede de 40%.

2.2.3. Patogenia:

La carencia prolongada de nutrientes esenciales o la mala utilización de los mismos ocasiona depleción de reservas nutricias seguida de cambios en la composición del organismo. Si la carencia continúa, a los cambios bioquímicos se agregan

modificaciones funcionales y finalmente aparecen alteraciones anatómicas.

2.2.4. Signos Clínicos:

Pueden ser:

2.2.4.1. Signos Universales:

Son aquellos que se encuentran en la desnutrición independientemente de cual sea la etiología. En niños el signo universal de desnutrición es la disminución de los incrementos normales de crecimiento y desarrollo. La detención del crecimiento de los lactantes se traduce por disminución del peso corporal ya que inicialmente el aporte inadecuado de nutrientes o su mala utilización afecta al tejido graso y a la masa muscular.

2.2.4.2. Signos Circunstanciales:

Dependen de factores ecológicos e individuales; en su aparición y características influyen circunstancias como tipo de dieta consumida, factores raciales y climáticos, edad del niño, etc. Cuando los signos circunstanciales están presentes facilitan el diagnóstico, no modifican el pronóstico y le imprimen poca variación al tratamiento. Estos signos están en relación con la cronicidad del proceso y por tanto son más evidentes en preescolares que en lactantes.

2.2.4.3. Signos agregados: Dependen de procesos patológicos, comúnmente infecciosos, super impuestos a la desnutrición. En esta categoría se incluyen el desequilibrio electrolítico agudo secundario a diarrea infecciosa, síntomas y signos debidos a bronconeumonías, a infección del sistema nervios central o de vías urinarias. En estos niños las infecciones son mas

frecuentes y graves debido a mayor riesgo de exposición ambiental y depresión inmunológica sobre todo de tipo celular.

2.2.5. Diagnóstico:

El peso para la edad en lactantes y el peso y la talla para la edad en preescolar son buenos parámetros para evaluar el estado nutricional, sin embargo es necesario tener presente que son signos inespecíficos que sólo denotan detención o desaceleración del crecimiento y cuya etiología puede ser múltiple. Un cuidadoso interrogatorio y un completo examen físico son necesarios para afirmar que la desnutrición es la causa del retraso en el crecimiento.

2.2.6. Tratamiento:

En la desnutrición de I y II grado sin complicaciones el tratamiento debe ser ambulatorio. La alimentación debe proporcionar los nutrientes esenciales en cantidad y calidad adecuados para la edad y deben corregirse los factores socio-económico-culturales que a nivel familiar inciden negativamente en el estado nutricional. Los desnutridos de III grado requieren hospitalización, ya que comúnmente presentan infecciones agregadas que dificultan el diagnóstico y el tratamiento.

2.2.7. Pronóstico:

En los desnutridos de I y II grado el pronostico vital es bueno y la restitución ad-integrum es posible a condición de que se l es proporcione adecuada alimentación, cuidados básicos de la salud y estimulación social. En los desnutridos de III grado el pronóstico vital es malo y está en relación con algunos factores: a menor edad mayor mortalidad y en consecuencia las tasas de mortalidad

son mucho mas elevadas en menores de un año que en otros grupos etáreos."[13]

[13] CHIRIBOGA, E. TEJADA, L. Pediatría Clínica en la Práctica Médica Pág. 117-140

CAPITULO III

3. *PREVENCIÓN* BUCODENTAL PEDIATRICA:

3.1. PREVENCIÓN DE LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA.

"La candidiasis oral es una infección por hongos en forma de levadura que puede desarrollarse en la boca, y en la garganta y en la lengua.

Para reducir el riesgo de transmitir la candidiasis oral a los lactantes:

- Trate las candidiasis vaginales (infecciones por hongos en forma de levadura), especialmente, durante los últimos 3 meses de embarazo. Esto reducirá el riesgo de que su bebé contraiga candidiasis oral durante el parto.
- Lave las tetillas del biberón y los chupetes (chupones) diariamente y conserve todos los biberones preparados y las tetillas en el refrigerador para reducir la posibilidad de crecimiento del hongo en forma de levadura.
- No vuelva a utilizar el biberón si ha transcurrido más de una hora desde que el bebé tomó de él debido a que es posible que haya habido tiempo para que el hongo en forma de levadura crezca en la tetilla.
- Hierva durante 20 minutos todos los objetos que el bebé se lleva a la boca o lávelos en el lavavajillas.

- Cambie el pañal de su bebé poco después de que lo moje. Un área de pañal mojado proporciona un buen entorno para el hongo en forma de levadura que causa el crecimiento de la candidiasis oral.
- Amamante a su bebé si es posible. La leche materna contiene anticuerpos que ayudarán a desarrollar el sistema de defensa natural de su bebé (sistema inmunitario) para que pueda resistir la infección.
- Comuníquese con su médico si está amamantando y sus pezones se enrojecen y están doloridos o le duelen los senos mientras amamanta a su bebé o después de hacerlo. Esto podría ser una señal de una infección por candidiasis oral en su bebé, que se ha propagado a los pezones.

  Si su bebé está tomando un medicamento antibiótico para otra infección, como una infección en el oído, enjuáguele la boca con agua después de cada dosis. Los medicamentos antibióticos pueden alterar el equilibrio de bacterias en la boca y permiten el crecimiento del hongo en forma de levadura que causa la candidiasis oral. Enjuagar la boca con agua después de tomar un antibiótico puede prevenir que el entorno normal de la boca se vea perturbado.

  Si su bebé necesita medicamentos para tratar la candidiasis oral, no coloque el gotero del medicamento en la boca del bebé. Humedezca un hisopo de algodón con el medicamento y úselo para limpiar el área afectada. Deseche el hisopo y no vuelva a introducir nada en el frasco de medicamento que pudiera estar contaminado con el hongo en forma de levadura."[14]

[14] Candidiasis Oral. Portal Médico Virtual Holadoctor.

3.2. PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN BUCODENTAL DEL NIÑO SANO:

"Al incorporarse la evaluación bucodental periódica del niño en el examen pediátrico de rutina, es posible comprometer a los padres a un trabajo conjunto para mantener a sus hijos odontológicamente sanos.

La siguiente pauta resume algunas observaciones e indicaciones que se considerarán de acuerdo con características específicas del desarrollo maxilodentario en ciertas edades.

3.1.1. DE 0 A 3 MESES.

-Los dientes de leche y los definitivos se están formando en el interior de los huesos maxilares.

-El niño está dotado de habilidades sensorio-motoras específicas para amamantarse.

-El amamantamiento es necesario para estimular el desarrollo bucodental.

-El biberón y el chupete alteran los patrones funcionales del amamantamiento.

-Información a los padres sobre los alimentos cariógenicos e higienización.

3.1.2. DE 4 A 6 MESES.

-El amamantamiento todavía es necesario como estímulo para el desarrollo morfofuncional.

-El niño incursiona frecuentemente su boca con las manos, con lo que incrementa la sensorialidad bucal.

-La sialorrea y la comezón de las encías son signos que preceden a la erupción dentaria.

-Alrededor de los seis meses empiezan a aparecer los primeros dientes. Hay madurez funcional para iniciar el destete e incorporar la alimentación con cuchara.

3.1.3. DE 7 A 12 MESES.

-Se extingue progresivamente la necesidad de succión.

-El niño lleva con frecuencia las manos y diversos objetos a la boca, para morderlos y probar sensaciones. Le pican las encías. Puede tener febrículas.

-Aliviar las molestias de erupción frotando las encías con el nudillo del dedo antes de comer y dormir.

-Los dientes erupcionan por pares homólogos, en una secuencia más o menos regular.

-Indicar alimentos (texturas y sabores), según erupción y madurez funcional.

-A los 12 meses puede beber líquido de un vaso sin derramarlo.

-Usar un vaso con boquilla: ayuda al cierre bucal y a posicionar la lengua para la deglución somática.

-Evitar el uso indiscriminado del biberón y el chupete.

-Iniciar el cepillado cuando aparezcan los primeros dientes. Debe ser una instancia agradable para el niño.

-Cuando erupcionan los incisivos superiores, incluir el cepillado en la rutina de higiene diaria.

-Cepillo pequeño, suave, sin pasta.

3.1.4 DE 1 A 2 AÑOS

-Observar la erupción de los primeros molares.

-Inicia la masticación bilateral. Puede masticar alimentos blandos.

-Eliminar el uso de biberón y chupete cuando está cerca de los dos años.

-Evitar el consumo frecuente de alimentos o jugos azucarados.

-Indicar la técnica de la pajilla o sonda para medicamentos en jarabe.

-Cepillar bien los dientes y molares al menos una vez al día, especialmente antes de dormir.

-Cepillo pequeño, suave, sin pasta."[10]

3.3. Actividades de Prevención Bucodental recomendadas:

3.2.1. Recién nacido hasta 6 meses de edad:

"• Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, luego de cada comida, lavar las encías usando un paño o gasa húmeda.
• Es recomendable no besar al niño en la boca ni chupar sus utensilios.
• Moderar consumo de azúcares.
• Si usa chupete, de preferencia, como pacificador.
• Si usa chupete retirarlo de la boca después que el niño duerme.

[10] MENEGHELLO, Pediatría, Tomo II, pág. 1514-1516

3.2.2. Desde los 7 meses hasta 23 meses de edad:

• Uso de cepillo dental pequeño, suave y sin pasta, efectuado por un adulto.
• Promover formación del hábito de beber agua pura o jugos de fruta sin azúcar.
• Si el niño está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de este.
• Evitar dar golosinas entre las comidas.
• Al año y medio el niño no debe mamar ni tomar biberón nocturno.

3.2.3. Control odontológico a los 2 años de edad:

• La higiene bucal debe ser más acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante hacia atrás.
• Indicar uso de cepillo suave, pequeño, sin pasta, efectuado por un adulto.
• Promover la eliminación del biberón diurno.
• Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales.
• Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados.
• Moderar ingesta de azúcar.
• Estimular la masticación con alimentos más duros.
• Prevención de accidentes: caídas de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, recomendando que el niño no tenga objetos en la boca mientras se mueva, camine, o juegue."[15]

[15] MARQUILLAS I, Bras Josep, Pediatría en Atención Primaria. Pág. 368

3.4. ACTITUDES DE LA POBLACION Y DEL PROFESIONAL.

"Debido a eventos como la de la infancia temprana existe el deseo creciente en los progenitores de lactantes e infantes de recibir una evaluación odontológica temprana, y obtener información sobre la prevención de las enfermedades dentales en sus niños. De acuerdo con los progenitores, las razones principales para que requieran las evaluaciones odontológicas tempranas son:

- Deseo de información sobre la prevención de la caries dental en sus niños.
- Evitar las experiencias desagradables que han sufrido ellos.
- Aprender la participación que les corresponde en la salud oral de sus niños.
- La recomendación del pediatra o del médico familiar.

Quizá el proceso educativo inicie mejor con la explicación del obstetra y del pediatra a la madre embarazada o a los padres recientes, la causa y consecuencias de la ingestión continua de líquidos azucarados. El médico puede, además, ayudar a disminuir el problema al prescribir fórmulas lácteas con menor contenido de azúcar. Por ejemplo, existe variación considerable en la cantidad de azúcar en los diversos alimentos infantiles disponibles en el mercado. Finalmente, el odontólogo debe enfatizar la necesidad de programas de educación odontológica, comunitarios y en la preparatoria, para alertar a futuros padres sobre las responsabilidades que tienen en el cuidado dental de sus niños."[16]

[16] HARRIS, O. Norman, Odontología Preventiva Primaria, Cap. 18, pág. 360.

3.5. ATENCIÓN ODONTOLOGICA TEMPRANA.

"Aunque los recién nacidos y los lactantes no tienen dientes, es importante el cuidado de la boca y de las encías. Se debe usar un paño o gasa húmeda para lavar las encías del lactante después de cada comida y no dejar que se duerma con restos de leche, jugo o agua con azúcar." [17]

"Ya que de esta manera se retira los restos de alimentos y se establece una rutina para que la madre limpie el interior de la boca del niño. Los niños necesitan supervisión directa de la higiene oral en la infancia. Se recomienda que acuda al consultorio dental antes de los dos años y medio de edad. Idealmente la primera consulta odontológica del niño debe ser a los seis meses de edad. El propósito es permitir la evaluación de la boca y maxilares respecto a su formación apropiada y alineación de las estructuras. Un segundo objetivo es permitir que el niño se familiarice con el consultorio dental y el personal de éste bajo circunstancias placenteras, y contrarrestar la aprensión futura.

3.6. EDUCACIÓN DEL LACTANTE EN SALUD ORAL.

La American Academy of Pediatric Dentistry establece: **"El cuidado dental del lactante inicia con la asesoría acerca del recién nacido, la que debe incluir una visita al consultorio odontológico par asesoría sobre salud oral preventiva antes de los 12 meses de edad"** Sin embargo en el caso de niños con retardo de erupción de los dientes puede posponerse la primera consulta per debe ocurrir a los seis meses siguientes dela erupción del primer diente.

[17] Cuidado dental del Lactante. Portal Médico Virtual Medlineplus.

En su libro de Respuestas, *la American Society of Dentistry for Children* también recomienda que los niños acudan al odontólogo entre los 6 y 12 meses de edad. Recientemente un programa federal denominando "Detección, Diagnóstico, y Tratamiento tempranos y periódicos" (DDTTP) ordena que a los niños de familias con escasos ingresos se les proporcionen servicios médicos y odontológicos, adoptó la política de que los niño bajo el programa DDTTP reciban una detección odontológica a los 12 meses de edad."[16]

"El odontólogo dedicará la primera visita, fundamentalmente, a la prevención y la motivación. Los odontólogos denominan motivación del niño a los recursos y métodos que utilizan para inducir en el niño una actitud favorable hacia la atención odontológica. Estaría en contradicción con esto, efectuar otros tratamientos que los preventivos en una primera sesión. Buena parte de los odontopediatras dividen la primera visita en tres, cuatro o mas sesiones, para llegar a la paulatina aceptación."[18]

"Las ventajas del criterio sobre la salud oral del lactante son:

- Identificar y modificar los hábitos perjudiciales de alimentación para disminuir el riesgo potencial de caries.
- Ayudar a los progenitores para establecer patrones dietéticos y de bocadillos con escaso riesgo de caries para sus niños.
- Explicar y demostrar los procedimientos de higiene oral en lactantes e infantes.
- Determinar la concentración de flúor y recomendar un programa óptimo de fluoración."[16]

[16] HARRIS, O. Norman, Odontología Preventiva Primaria, Cap. 18, pág. 360
[18] GUZMAN, A. Jaime, Odontología para Niños, Pág. 7.
[16] HARRIS, O. Norman, Odontología Preventiva Primaria, Cap. 18, pág. 360

8. RESULTADOS

Las historias clínicas y los cuestionarios se aplicaron a todo el universo conformado por un total de 207, infantes y sus respectivas madres; para determinar la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa se utilizó, una ficha clínica, previamente elaborada. Para establecer el Bajo Peso en los niños y niñas se usaron las fichas de crecimiento de peso por sexo, que se utilizan en la Policlínica Municipal "Julia Esther González Delgado" y para determinar la Higiene Oral, se consideraron dos opciones: *Si realiza la higiene oral*, cuyas madres utilicen para la higiene un cepillo/dedal o una gasa/pañuelo humedecido en agua y que realicen la higiene después de cada comida; Y *no realiza la higiene oral*, cuyas madres que no utilicen para la higiene los implementos antes mencionados o que no higienicen la cavidad bucal de sus hijos de manera correcta. A continuación detallo los resultados obtenidos:

Cuadro No. 1.

INCIDENCIA DE CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA EN NIÑOS/AS DE ACUERDO AL SEXO.

Candiadisis Pseudomemb.	*Si presentan*		*No presentan*	
Sexo	f	%	f	%
FEMENINO	20	9.66	92	44.44
MASCULINO	23	11.11	72	34.79
Total	43	20.77	164	79.23

Fuente: *Ficha Clínica, aplicada a los niños/as de 0 m – 2 años de edad de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado"*
Autora: *Krupskaya Estefanía Vicente Silva*

Interpretación de Datos:

El total de infantes que participaron en la investigación fueron 207, de los cuales 43 presentaron Candidiasis Pseudomembranosa. Siendo el 9.66% de sexo femenino y el 11.11% de sexo Masculino.

Cuadro No. 2.

BAJO PESO EN NIÑOS/AS DE 0 M. – 2 A. DE EDAD Y SU RELACIÓN CON LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

Candiadisis Pseudomemb.	*Si presentan*		*No presentan*	
Peso	f	%	f	%
Bajo Peso	19	9.18	29	14.01
Peso Normal	24	11.59	122	58.94
Sobrepeso	0	0	13	6.28
Total	43	20.77	164	79.2

Fuente: *Historia Clínica General, de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado".*
Autora: *Krupskaya Estefanía Vicente Silva*

Interpretación de Datos:

Del 20.77% de infantes que presentaron Candidiasis Pseudomembranosa, el 9.18% tienen un bajo peso, y el 11.59% tienen un peso normal. No existiendo niños con sobrepeso que presenten candidiasis. Mientras que, del 79.23% de infantes que no presentaron Candidiasis el 14.01% tienen un bajo peso, el 58.94% tienen un peso normal y el 6.28% tienen un sobrepeso.

Cuadro No. 3.

HIGIENE ORAL EN NIÑOS/AS DE 0 M. – 2 A. DE EDAD Y SU RELACIÓN CON LA CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

Candiadisis Pseudomemb.	*Si presentna*		*No presentan*	
Higiene Oral	f	%	f	%
Si les realizan	16	7.73	23	11.11
No les realizan	27	13.04	141	68.12
Total	43	20.77	164	79.23

Fuente: *Encuestas, aplicadas a las Madres de los niños/as de 0 m – 2 años de edad de la Clínica Municipal "Julia Esther González Delgado"*
Autora: *Krupskaya Estefanía Vicente Silva*

Interpretación de Datos:

Del 20.77% de infantes que presentaron Candidiasis Pseudomembranosa, el 13.04% de las madres no les realizan la higiene oral, y el 7.73% si les realizan. Mientras que, del 79.23% de infantes que no presentaron candidiasis, el 68.12% de las madres no les realizan la higiene oral, por su parte el 11.11% si les realizan.

9. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

En una boca en perfecto estado higiénico se encuentran un número infinito de bacterias y otros organismos en vida saprofita, y con ellas las distintas especies de *Candida*, pero sin desarrollar alteración patológica, de modo que tienen que incidir elementos anormales para quebrar este estado de acciones y reacciones y se motive la proliferación micótica patógena.

Es así que, en el presente trabajo de investigación la hipótesis formulada fue la siguiente: "La presencia de Candidiasis Pseudomembranosa se relaciona con el Bajo peso, y la higiene Oral de los niños/as de 0 meses a 2 años de edad".

La misma que ha sido contrastada dentro de un proceso lógico y secuencial, que ha permitido determinar, que la hipótesis no se cumple, pues en la investigación, los infantes que presentaron candidiasis fueron un 20.77%, de los cuales el 9.18% presentan un bajo peso y el 13.04% de las madres no les realizan la higiene bucal, por lo tanto se puede decir que el bajo peso, e higiene oral, no son factores predisponentes para la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa.

10. DISCUSIÓN

La Candida Albicans es un microorganismo oportunista que se comporta como comensal de la cavidad bucal cuando existe un balance entre los mecanismos de defensa del hospedero y el potencial invasivo de esta levadura. En la población pediátrica tanto el sistema inmunitario como la microflora bucal se encuentran todavía inmaduros, por lo que constituyen los factores etiológicos más importantes en la patogénesis de la Candidasis bucal.[3]

En el presente estudio se determinó la relación entre la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa, el Bajo Peso y la Higiene Oral, en los niños y niñas de 0 meses a 2 años de edad.

Los resultados de la investigación comprueban que la hipótesis propuesta no se cumple. Pues del total de 207 niños y niñas que participaron en la investigación, tan solo 43 presentaron Candidiasis, siendo muy poco frecuente en nuestra localidad.

La investigación revela que del 20.77% de niños y niñas con Candidiasis, el 9.18% tienen un bajo peso. Mientras que del 79.23% de infantes que no presentaron candidiasis el 14.01% también tienen un bajo peso. Por ende existen infantes con bajo peso que presentan candidiasis y que no la presentan. En base a ello se puede decir que no todos los niños que tengan bajo peso van a desarrollar candidiasis.

[3] HERNÁNDEZ-SOLÍS SE, y otros. Frecuencia de portadores de C. albicans en un grupo de niños de una comunidad rural del estado de Yucatán

En la higiene Oral, se determinó que del 20.77% de niños y niñas con Candidiasis, al 13.04% de los infantes no se les realizan una higiene bucal adecuada. De la misma manera del 79.23% de infantes que no presentaron candidiasis, al 68.12% no se les realizan. Por lo tanto la higiene oral pobre, por si sola no constituye un factor predisponente para la Candidiasis, pues existen infantes con mala higiene que presentan candidiasis y que no la presentan.

Entonces, ni el Bajo peso ni la higiene oral inadecuada constituyen factores esenciales predisponentes, para la presencia de la Candidiasis Pseudomembranosa, más bien, la conjugación de un sin número factores como: mala higiene bucal, antibioticoterapia polimicrobiana, hábito de chupar el dedo, salivación reducida, alteraciones nutricionales, estar en contacto con niños infectados, etc. son factores que al actuar en conjunto podrían dar lugar a la presencia de candidiasis.

10. CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se concluye que:

- La Candidiasis Pseudomembranosa es poco frecuente en los infantes de edades comprendidas entre 0 meses a 2 años de edad. Ya que del 100% que corresponde a un total de 207 niños y niñas, tan solo el 20.77% presentaron Candidiasis, es decir se identificaron 43 casos.

- El bajo peso no constituye un factor predisponente para la presencia de Candidiasis, ya que del 20.77% de infantes que presentaron la enfermedad, tan solo el 9.18% tienen un bajo peso, mientras que el 11.59% tienen un peso normal,

- De la misma manera, la Higiene Oral no constituye un factor desencadenante de Candidiasis Pseudomembranosa, ya que del 20.77% de infantes que presentaron la enfermedad, al 13.04% no les realizan, mientras que al 7.73%, si les realizan la Higiene Oral. Por lo tanto se concluye, que el bajo peso y la higiene oral no son factores capaces de originar la infección por Candida.

11. RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación se recomienda:

-El pediatra debe informar a las madres acerca de los cuidados bucales básicos durante los primeros meses de vida. Pues ellos tienen mayor contacto con los infantes.

-El pediatra debe orientar a las madres acerca de la correcta Alimentación de sus hijos e hijas, mediante charlas motivadoras, con la finalidad de impulsar una Dieta balanceada, manteniendo así una buena salud de los infantes.

-El Odontólogo debe promover, la educación de las madres acerca de la correcta Higiene Oral de sus hijos e hijas, especialmente desde sus primeros días de vida, con el objetivo de prevenir las enfermedades bucodentales que se desarrollan por la higiene oral inadecuada.

12. BIBLIOGRAFIA:

1. LASCARIS, George, Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes, 1ra Edición, 2001, Impreandes S.A.

2. Dr. RODRÍGUEZ ORTEGA, Judy, y otros .Candidiasis de la Mucosa Bucal. Revisión Bibliográfica, Rev. Cubana Estomatol. 2002. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm

3. HERNÁNDEZ-SOLÍS SE, y otros. Frecuencia de portadores de C. albicans en un grupo de niños de una comunidad rural del estado de Yucatán. Revista Odontológica Latinoamericana, 2008. Disponible en http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V00N1p1.pdf

4. M. CRUZ. Tratado de Pediatría, 9na Edición, 2006, ISBN.

5. MOHAN P, y otros. Medidas de aislamiento para neonatos con colonización o infección para la prevención o la reducción de la transmisión de Candida en unidades neonatales. Biblioteca Cochrane Plus, 2007.Disponible en http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006068

6. Mtro. MARTÍNEZ LÓPEZ, José Samuel. Estrategias Metodológicas y Técnicas para la Investigación Social,

Disponible en http://www.geiuma-oax.net/sam/estrategiasmetytecnicas.pdf

7. VILLAVICENCIO, Paul. Estadística Descriptiva. Disponible en:http://www.stadcenterecuador.com/contenidos/estadistica-descriptiva.html

8. ARENAS, Roberto, Micología Médica Ilustrada, 3ra Edición, 2008, Mc. Graw-Hill

9. FRIEDENTHAL M, Diccionario de Odontología. 2da Edición, 1996.

10. MENEGHELLO, Pediatría, Tomo I y II. 5ta Edición, 1998, Editorial Médica Panamericana S.A.

11. Enfermedades dentales y bucales, Revista Médica Infodoctor. Disponible en www.infodoctor.org/salek/bcap3.pdf

12. Dr. TANGO, Inc. Portal Médico Informativo. MedlinePlus, Candidiasis Bucal, Disponible en http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000626.htm

13. CHIRIBOGA, E. TEJADA, L. Pediatría Clínica en la Práctica Médica, Tercera Edición, EDIMEC.

14. Candidiasis Oral. Portal Médico Virtual holadoctor. Disponible en http://holadoctor.com/es/salud-bucal/candidiasis-oral-prevención

15. MARQUILLAS I, Bras Josep, Pediatría en Atención Primaria, 2da Edición, 2005, Masson S.A

16. HARRIS, O. Norman, Odontología Preventiva Primaria, 5ta Edición, 2001, EDAMSA.

17. Cuidado dental del Lactante. Portal Médico Informativo. Disponible en http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/9091.htm

18. GUZMAN, A. Jaime, Odontología para Niños, Serie 2, 1971, Mc. Graw-Hill.

19. Dr. VIZCAÍNO CARRIÓN, Jack Revista a.i.o.i. Academia Internacional de Odontología Integral. Marzo 2008. Capítulo Ecuador.

20. PINKHAM Odontología Pediátrica, 2da Edición, 2001, Mc. Graw-Hill.

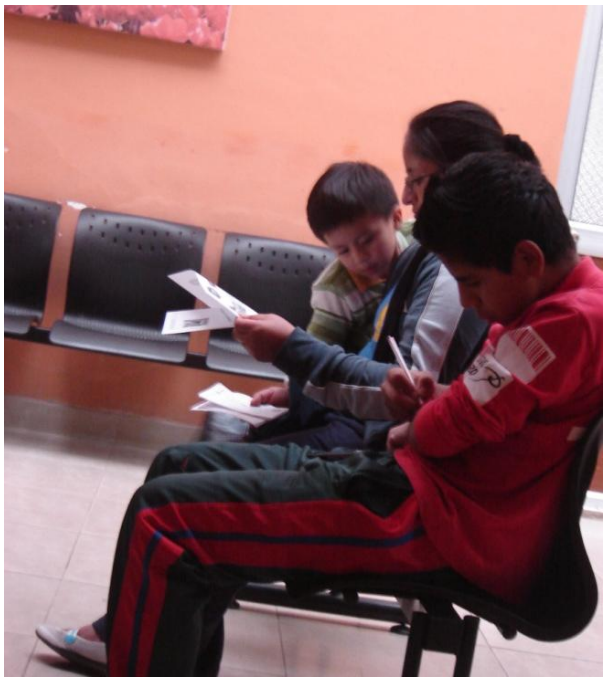
21. Estudios Transversales, Disponible en http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Estudios_transversales_2005.pdf

22. MENDOZA, Mireya; Especies de Candida en cavidad oral de niños desnutridos, Disponible en

http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:MHrarpPzWxMJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5

ANEXOS

Foto. 4. Aplicación de Encuestas a Madres.



Fotos 5 y 6. Entrega de Trípticos a Madres posterior a las charlas

Foto 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fotos: 1,2, y 3. Revisión de la Cavidad Bucal de los infantes, para determinar la presencia de Candidiasis.

FICHAS UTILIZADAS

OFICIOS

FOTOS

TRÍPTICOS

CRONOGRAMA