



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PRINCIPALES ENFERMEDADES PROPIAS DE LA
INFANCIA CON REPERCUSIÓN EN CAVIDAD ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ELIZABET FERREIRO CAMACHO

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El poder cumplir una meta siempre es algo que nos llena de emoción porque sabemos que detrás de ese logro se encuentran todas aquellas personas que nos apoyaron y creyeron en nosotros, gracias a Dios, por haberme colocado en esta licenciatura, donde aprendí a tener la paciencia y humildad para poder ayudar a las personas que nos necesitan, también por haberme dado a las dos personas más importantes en mi vida, que son mis padres que siempre han estado a mi lado incondicionalmente, María Guadalupe Camacho y Ernesto Alonso Ferreiro Ortega, enseñándome que no hay nada imposible si se trabaja por ello a diario y que a veces es necesario sacrificar algunas cosas para lograr los objetivos.

A mi hermano José Luis Ferreiro Camacho, por enseñarme que no hay que darse por vencidos nunca ni dejar de confiar en nosotros.

A mi abuelito Agustín Camacho García que a pesar de su edad y la distancia acudía feliz a la clínica y siempre poniéndome de ejemplo que nunca es tarde para aprender.

A mi tía María del Rosario Pacheco Hernández y mi primo Fernando Daniel Rizo Pacheco por el apoyo incondicional y la confianza que tienen en mí, porque sé que no es fácil ser el paciente de un practicante, sin embargo, ustedes me brindaron esa oportunidad.

A mis amigos que me han brindado su apoyo en todo momento en especial a Jonathan López Martínez, Miroslava del Consuelo García Hernández, Irene López de Haro, Estela García Rodríguez, Alejandro Amaury Mendiola López, Mario Alberto Pérez Trinidad y María Elena Serrano Sánchez.

A mi tutora, la maestra María Elena Nieto Cruz que me ha brindado parte de su tiempo para ayudarme a la realización de este trabajo y por mostrarme que es una persona con grandes valores y siendo un ejemplo a seguir.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
CAPÍTULO 1 GENERALIDADES	8
1.1 Enfermedad.....	8
1.2 Infancia.....	11
1.2.1 Clasificación de la infancia	12
1.2.1.1 Sigmund Freud.....	12
1.2.1.2 Erickson.....	13
1.2.1.3 J. Piaget.....	14
1.2.1.4 Vigotsky.....	16
CAPÍTULO 2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA INFANCIA	18
2.1 Aspectos psicológicos.....	18
2.1.1 Cambios cognoscitivos.....	18
2.1.2 Cambios emocionales.....	19
2.1.3 Desarrollo psicológico del niño en la consulta dental.....	20
2.2 Aspectos sociales.....	22
2.2.1 Influencias sociales que determinan su conducta.....	23
CAPÍTULO 3 PRINCIPALES ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA CON REPERCUSIÓN EN CAVIDAD ORAL	25
3.1 Gingivoestomatitis herpética aguda.....	25
3.2 Enfermedad mano-pie-boca.....	28
3.3 Herpangina.....	30

3.4 Enfermedad de Pospischill Feyter.....	32
3.5 Mononucleosis infecciosa.....	33
3.6 Escarlatina.....	36
3.7 Enfermedad de Kawasaki.....	39
3.8 Sarampión.....	40
3.9 Varicela.....	43
CAPÍTULO 4 EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LAS	
ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA.....	47
4.1 Medidas de higiene.....	47
4.1.1 Higiene bucodental.....	47
CONCLUSIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS.....	52

INTRODUCCIÓN

La infancia es una etapa de la vida en la que el ser humano es más susceptible a padecer enfermedades virales o bacterianas, porque se presentan grandes cambios en poco tiempo a nivel psicológico, social y físico que van a tener un papel importante, ya que, afectan de manera directa la conducta.

Los niños no tienen un sistema inmune completamente desarrollado, es por ello, que son más susceptibles a padecer enfermedades, conforme el sistema inmunológico vaya madurando serán menos sensibles a los agentes externos que causan la enfermedad desarrollando anticuerpos, además que actualmente existen algunas inmunizaciones que van a ayudar a prevenir el contagio de enfermedades de tipo viral.

Es importante reconocer las manifestaciones clínicas, ya que, cada enfermedad tiene un cuadro a seguir muy característico y entre más pronto se tenga un diagnóstico el pronóstico será favorable en la mayoría de los casos, siempre y cuando se siga la medicación correcta para la enfermedad y apegándose a la posología, para evitar complicaciones futuras.

El personal de salud, es el responsable de brindar la información necesaria a los padres de familia, para que estén alertas de cualquier cambio que presenten los menores relacionado a su salud y las vacunas que debe tener dependiendo su edad. No obstante, es importante que también los profesores que estén a cargo de un grupo de niños estén capacitados para poder observar cualquier manifestación clínica que presente el menor y en caso de que alguno de los niños del grupo presenta alguna enfermedad, tomar las medidas necesarias para prevenir el contagio con los demás, ya que, los principales lugares de contagio son las escuelas y guarderías.

En el siguiente trabajo, se van a describir los cambios psicológicos que los niños van atravesando desde su nacimiento y la manera en que sus experiencias previas influyen en su comportamiento actual, para que el cirujano dentista conozca la técnica que debe emplear para tener un control de la conducta. También, se define y se explican los principales signos y síntomas, y el tratamiento que se debe seguir para obtener un pronóstico favorable.

OBJETIVO

Describir las principales enfermedades propias de la infancia con repercusión en cavidad oral.

CAPÍTULO 1 GENERALIDADES

1.1 Enfermedad

Para poder entender el concepto de enfermedad, primero se debe saber que es salud; La OMS en su constitución de la organización mundial de la salud declara la como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; también, hace énfasis que un hogar en armonía ayuda para el buen desarrollo del infante, al igual que los conocimientos médicos y psicológicos que se le puedan brindar para que tenga un alto grado de salud.¹

El proceso salud-enfermedad, presenta ciertas variables para que ésta pueda desarrollarse, en los años 60´s se dio a conocer una corriente que indica que no sólo el estado biológico interfiere en el proceso de enfermedad, ya que, se identificó que la parte social puede provocar que la enfermedad se propague con mayor facilidad.²

Asimismo, menciona que un estudio realizado en Costa Rica por Behm, comprueba que la probabilidad de morir en la temprana infancia está directamente relacionada con la ocupación del padre.²

La manera en que una enfermedad va evolucionando, sin ningún proceso médico se le conoce como historia natural de la enfermedad, en 1965, Leavell y Clark crearon un modelo y lo relacionaron con los niveles de prevención, esta gráfica siempre va a iniciar con salud y terminara con los diferentes desenlaces que pueda presentar la enfermedad (fig.1).³

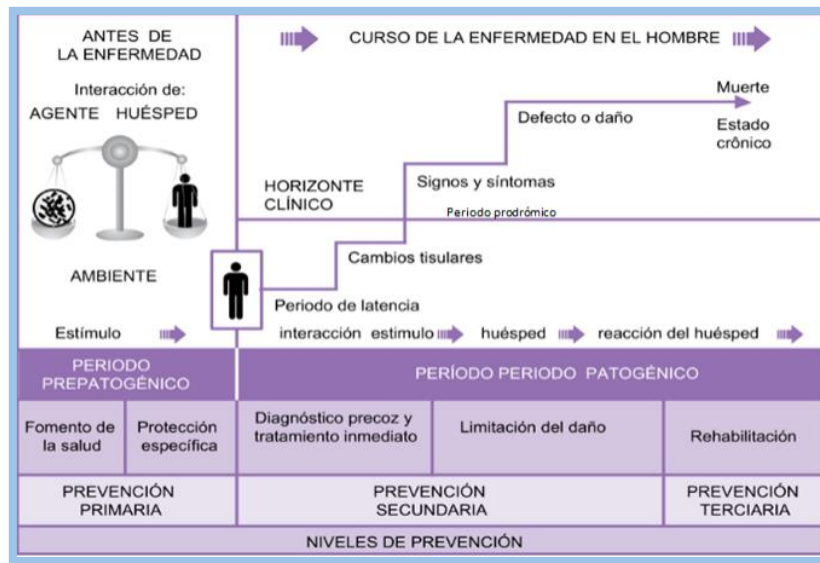


Fig.1 Historia natural de la enfermedad.

Principalmente describe el periodo prepatogénico, que se da al inicio de la enfermedad, donde no se muestran cambios celulares, tisulares, orgánicos o clínicos; sólo habla de las condiciones que se encuentran el huésped, el medio ambiente y el agente. En cambio, en el periodo patogénico se describen los cambios que va teniendo el huésped ante un estímulo efectivo.³

Dentro del periodo prepatogénico se encuentra una triada, la cual se basa en agente, huésped y medio ambiente; por huésped se entiende que es una persona o animal vivo que le permite el alojamiento de un agente infeccioso; en el huésped se presentan ciertas variables como: sexo, edad, ocupación, nivel socioeconómico, hábitos, costumbres y susceptibilidad. El agente puede ser un microorganismo o sustancia química e inclusive alguna radiación, que va a romper el equilibrio con su presencia, ya sea excesiva e inclusive por su ausencia también puede afectar, siendo el principal causante de propiciar la enfermedad. El medio ambiente puede favorecer el enlace entre el huésped y el agente utilizando factores físicos, socioeconómicos y biológicos (fig. 2).²

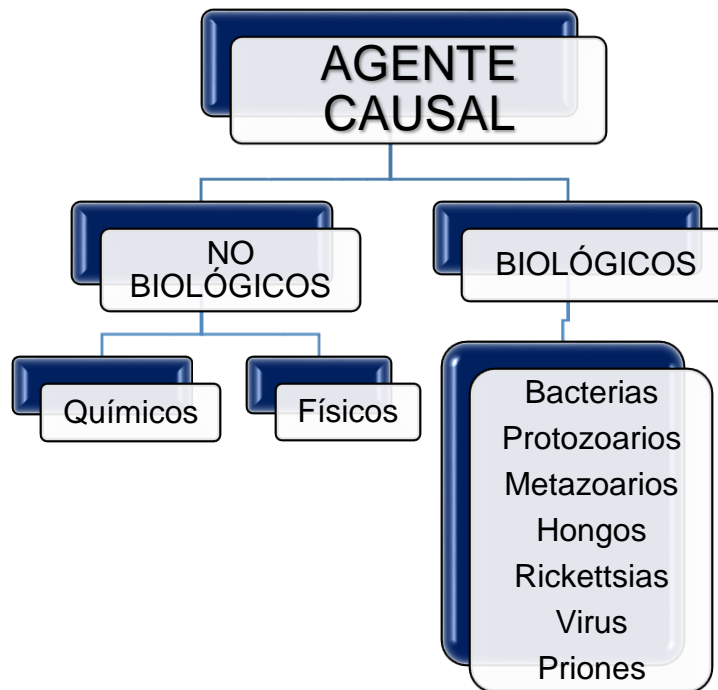


Fig. 2 Agentes causales.

En el periodo patogénico se caracteriza por los cambios que se presentan a nivel celular y tisular, para que éste ocurra en el periodo prepatogénico debe perderse el equilibrio de la triada ecológica. Cuando los cambios se dan de una manera muy acelerada se debe a la capacidad de virulencia, producción de toxinas y multiplicación de los microorganismos. Este periodo se divide en dos etapas: el periodo subclínico y clínico.³

En el periodo subclínico, el paciente no manifiesta signos o síntomas, sin embargo, existen lesiones anatómicas o funcionales, dentro de éste se encuentra el periodo de incubación que se hace presente en enfermedades transmisibles, abarca desde la fase inicial del periodo patogénico que pasa entre el momento del estímulo y la aparición del primer síntoma. El período de latencia se hace presente en enfermedades crónicas (fig. 3).³

El periodo clínico se divide en tres etapas:

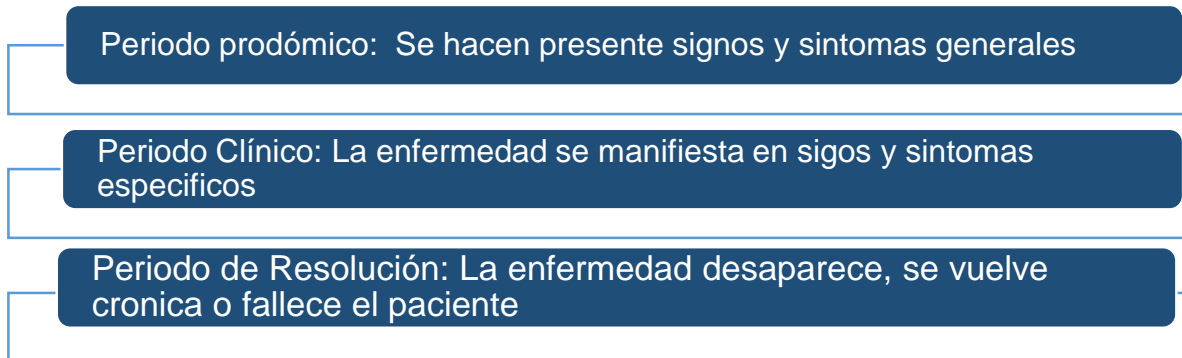


Fig.3 Periodos clínicos.

1.2 Infancia

En 1989 la Convención de los Derechos del niño los define como “todo ser humano desde que nace hasta que alcanza la mayoría de edad,” sin embargo, es algo controversial, ya que, este factor depende mucho del país y cultura, por lo cual tiende a variar, es por eso que el Código de los Niños y Adolescentes (1993), reconoce que la niñez tiene dos subperiodos siendo niños de 0 a 11 años y adolescentes de 12 a 18 años.⁴

La convención divide la niñez en dos grupos: primera infancia que abarca de los 0 a 5 años se caracteriza por su alto grado de dependencia y de mortalidad; por otro lado, la segunda infancia que abarca de 6 a 11 años, se caracteriza por la apertura al mundo externo y habilidades de interacción.⁴

Actualmente la OMS dice que “La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuada para el desarrollo durante los tres primeros años de vida, ya que, en estos años es cuando el cerebro de un niño es más sensible a las influencias del entorno exterior. Un rápido desarrollo cerebral afecta al desarrollo cognitivo, social y emocional, que ayuda a garantizar que cada niño o niña alcance su potencial y se integre como parte productiva en

una sociedad mundial en rápido cambio”. La UNICEF junto con el Comité de los Derechos del Niño la definen como “desde el nacimiento, el primer año de vida, el período preescolar hasta la transición hacia el período escolar”.⁵

1.2.1 Clasificación de la infancia

La psicología evolutiva tiene principalmente cuatro grandes exponentes, como son Sigmund Freud, Vygotsky, Erikson y J. Piaget.

1.2.1.1 Sigmund Freud

La teoría psicoanalítica explica el comportamiento humano, basado en la psique, que es el término griego que hace referencia al espíritu o a la mente. Sigmund Freud, es el creador de esta teoría, donde la característica fundamental es que el comportamiento es gobernado por procesos conscientes e inconscientes.⁷

Freud propone la existencia de tres partes: id, centro de la libido (deseo sexual, considerado por algunos autores como impulso y raíz de las manifestaciones de la actividad psíquica).⁶ El ego, es el ejecutivo de la personalidad; el superego, se localiza dentro de la consciencia y de la moralidad, ya que incorpora las normas y limitaciones morales de la familia y la sociedad.⁷

Esta teoría principalmente se basa en los estados de maduración de cada parte del cuerpo donde la energía es focalizada en determinada época del desarrollo, con la existencia de un impulso sexual instintivo e inconsciente. Lo divide en 5 etapas: oral, anal, fálico, de latencia y genital.⁸

- **Etapas:** Esta etapa abarca desde los 0 años a 1 año de edad, donde la boca es el órgano con una estructura más sensorial y desenvuelta,

este vínculo establece la base de las futuras ligaciones afectivas del niño. Por medio de ésta, el niño busca la supervivencia, conocimiento del mundo y placer. Si el bebé recibe gratificación suficiente del deseo de estimulación el estado oral podrá ser encerrado por completo.⁹

- **Etapa anal:** Esta etapa es de 1 a 3 años de edad, conforme el desarrollo neurológico progresa, el bebé inicia a tener más sensaciones en la región anal. Comienza el control de esfínteres y siente placer al ser elogiado en el entrenamiento del uso del baño, da sus primeros pasos solo, lo cual favorece su autonomía y principia el habla.⁹
- **Etapa fálica:** Esta etapa comprende un periodo de los 3 a los 5 años de edad, la organización de la libido genera que la zona erógena sean los genitales. Se da el principal evento, en el cual el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo y pasa a desear al del sexo opuesto.⁹
- **Etapa de latencia:** Esta etapa cubre de los 5 a 12 años de edad, inicia la escolarización, la energía principalmente se concentra en actividades como lectura, deporte y escuela, que le ayudan a desarrollar un pensamiento social, lógico y moral. Predomina la ternura, se encuentra en un proceso de identificación con uno de los padres del mismo sexo.¹⁰
- **Etapa genital:** Esta etapa se hace presente de los 12 a los 18 años de edad. Se muestra un desenvolvimiento del sistema hormonal e inicia la pubertad.⁹

1.2.1.2 Erickson

Erikson desarrolla una teoría psicosocial, la cual está basada en las secuencias fijas de tareas o dilemas, cada una centrada en el desarrollo de una determinada faceta de la identidad.⁷

- Edad: 0–1 año. **Confianza básica/desconfianza básica:** La mayor confianza es depositada en la madre y en la propia capacidad de hacer

que las cosas acontezcan; un elemento esencial es un apego inicial seguro.⁹

- Edad: 2-3 años. **Autonomía/vergüenza:** En el sistema muscular y motor inicia una maduración, y comienza a adquirir una autonomía, ya que, desarrolla ciertas habilidades como caminar, agarrar las cosas y el control de esfínteres, en este último los padres deben protegerlos, dado que, puede generar vergüenza si no fuera orientado adecuadamente.⁹
- Edad: 4-5 años. **Iniciativa/culpa:** Se aprecia un exceso de energía, realizan actividades alrededor de algún objeto, tienden a ser más asertivos y agresivos. Su mayor conflicto atípico con el progenitor del mismo sexo puede llevar a la culpa.⁹
- Edad: 6-12 años. **Diligencia/Inferioridad.** Aparece la etapa escolar, donde absorben todas las habilidades, inician a manejar instrumentos, aprenden y adoptan las normas de la cultura.⁹
- Edad: 13-18 años. **Identidad/confusión de papeles.** Elección de la profesión y cambios en la pubertad.⁹
- Edad: 19-25 años. **Intimidad por aislamiento.** Establecen una relación íntima que va más allá del amor adolescente.⁹
- Edad: 26-40 años. **Generalidad/estancamiento.** Generan y crean hijos, se centran en la realización profesional.⁹
- Edad: 41+ años. Integran etapas anteriores y llegan a un acuerdo de identidad básica.⁹

1.2.1.3 J. Piaget

Piaget propone una teoría cognitiva, donde abarca una secuencia de desenvolvimientos expresándola en cuatro periodos de manera que garanticen un orden invariante de sucesiones. Las estructuras que caracterizan cada estado no son enteramente predeterminadas por la

herencia, ya que, también contribuyen la experiencia física y el ambiente social.¹¹

- ✓ **Etapa sensorio motor**, esta etapa abarca de los 0 a 2 años: Captación del ambiente por medio de los sentidos, logran la manipulación de objetos, tienen acciones motoras, son capaces de agarrar los objetos. Presentan algunos comportamientos relacionados con la madurez y las experiencias sensoriales previas, además que éstas se vuelven coordinadas. Comienza a tener una organización con el ambiente, el aprendizaje de la discriminación de objetos, considerándolos relativamente permanentes, en lugar de transitorios.¹²
- ✓ **Etapa pre-operacional**, abarca de los 2 a 6/7 años: Hay un desenvolvimiento del raciocinio por clasificación, incrementan la capacidad del lenguaje, pero aún no poseen el dominio total verbal y conceptual. No hay una estabilidad, ya que, es una etapa de muchos cambios. Identifican los objetos con nombre y clasificación, la capacidad sensorial-motora se afina. Es muy similar el mundo real y la fantasía, no son capaces de tener una diferenciación.
- ✓ **Operaciones concretas**, abarca de 6/7 a 11/12 años: Los niños están íntimamente relacionados con los objetos y a las acciones concretas. Presentan adquisiciones intelectuales y comprensión lógica, son capaces de realizar operaciones lógico-matemáticas: seriación, clasificación, conservación, y correspondencia. Dejan de ser egocéntricos, aprenden las reglas del juego, se preparan para el diálogo y son capaces de solidarizarse y vivir en grupo.
- ✓ **Operaciones formales**, 11 a 12 años: Logran comprender operaciones cognitivas avanzadas, adquieren la conciencia del propio pensamiento y la búsqueda de la autonomía e identidad.¹²

1.2.1.4 Vigotsky

Se interesó en el campo cognitivo-evolutivo, ya que, su enfoque principal era comprender los orígenes del conocimiento de los niños, el difiere de Piaget, este psicólogo estaba convencido que las formas más complejas del pensamiento tienen sus orígenes en interacciones sociales y no en la exploración individual de cada niño, donde el aprendizaje va a dar nuevas habilidades cognitivas orientadas por el adulto.⁷

En su teoría evolutiva, estudia principalmente el desarrollo sociocognitivo de la primera infancia, tomando en cuenta la aparición del lenguaje, la comunicación y la construcción del lenguaje escrito; para esto, él unió dos campos de investigación, el psicológico y el genético, para poder lograr la comprensión total del desarrollo socio cultural, dando paso a dos variantes en su estudio: el método genético-comparativo y el método experimental-evolutivo, afirmando que los procesos psicológicos del ser humano solamente pueden ser entendidos mediante la consideración de la forma y el momento de su intervención durante el desarrollo.⁷

La aplicación de su método genético fue dividido en cuatro ámbitos: filogenético (desarrollo de la especie humana), interesado en las razones que permiten la aparición de las funciones psicológicas exclusivamente humanas llamadas funciones superiores. Histórico sociocultural, en torno a él hay sistemas artificiales complejos que regulan la conducta social; ontogenético éste vincula a la evolución biológica, sociocultural y microgenético (desarrollo de aspectos específicos del repertorio psicológico de los sujetos), estudia de manera directa la construcción de un proceso psicológico.¹³

El mayor aporte de este autor se debe a la relación que establece entre el pensamiento y el lenguaje. La parte ontogenética decreta que ambos provienen de distintas raíces genéticas, en el desarrollo del habla del niño se crea en una etapa pre intelectual, mientras que en el desarrollo intelectual se

crea una etapa pre lingüística; sin embargo, cuando las dos se logran conjuntar entonces el pensamiento se torna verbal y el lenguaje racional.¹³

Además, señala que la creación de instrumentos mediadores como signos y herramientas, indica que, “las herramientas sirven como conductores de la influencia humana en el objeto de la actividad, se hallan externamente orientadas y deben obtener cambios en los objetos. Por otro lado, el signo no cambia absolutamente nada en el objeto de una operación psicológica; por consiguiente, está internamente orientado.”¹³

En la Ley genética general, se establece que toda función de desarrollo cultural del niño aparece dos veces, primero en el plano social y luego en el plano psicológico (Werstch, 1988). Gracias a esto se deduce que el aprendizaje estimula y activa una variedad de procesos mentales que favorecen la interacción con otras personas y es mediada por el lenguaje.¹³

CAPÍTULO 2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA INFANCIA

2.1 Aspectos psicológicos

Hace tiempo los neonatos eran considerados incompetentes cognoscitivamente hablando, sin embargo, al paso de los años los psicólogos han demostrado que en realidad si poseen una capacidad cognoscitiva, dado que, presentan sensaciones de dolor, tacto y cambios en la posición corporal, ya que, desde el primer día de nacido es capaz de ver, oler y escuchar.¹⁴

2.1.1 Cambios cognoscitivos

Mussen en 1984 señaló que en el primer año de desarrollo cognoscitivo hay cuatro áreas principales:

- ◇ **Área de percepción:** los niños tienen la capacidad de percibir el movimiento, las relaciones faciales y el color.
- ◇ **Área de reconocimiento de la información:** los lactantes son capaces de reconocer un rostro teniendo distintos ángulos de observación.
- ◇ **Área de capacidad de clasificar:** logran agrupar los objetos y cosas por color, forma y uso.
- ◇ **Área de mejoría de la memoria:** a partir de los seis meses de vida, tienen la capacidad de recordar experiencias pasadas y utilizarlas para tener una relación con los sucesos del presente.¹⁵

Piaget, en 1954 mencionó que los logros de los niños entre el nacimiento y los dos años de edad es el resultado de las acciones que realiza con los objetos

presentes en el medio, además, argumentó que deben desarrollar conocimiento en tres áreas:

- ⇒ **Área de permanencia de los objetos:** entienden que los objetos no dejan de existir aun cuando el niño no los perciba.
- ⇒ **Área de causalidad:** deben saber que los objetos tienen usos y todos los sucesos tienen causas. Para explicar esta parte Piaget utilizó el término de reacción circular y la dividió en primaria, secundaria y terciaria.
 - Reacción circular primaria: hace referencia a la repetición de una acción satisfactoria ya conocida.
 - Reacción circular secundaria: es la repetición de una relación causal (causa-efecto) los bebés comienzan a descubrir este efecto por sí solos y de manera accidental.
 - Reacción circular terciaria: el conocimiento lo van a ir adquiriendo por medio de la experimentación.
- **Área de juego simbólico:** son capaces de relacionar que un objeto puede representar a otro.¹⁶

Levine, en 1983 describió que el desarrollo del lenguaje de los bebés de 18 meses de nacidos es de 10 palabras, y para los 3 años de edad este tiene un aumento de 1, 000 palabras.¹⁷

2.1.2 Cambios emocionales

En el primer año de vida al poseer escaso valor de emociones los adultos son quienes les asignan cualquier emoción que ellos consideran que debería de sentir, de tal manera que lo que para el bebé de tres meses es un balbuceo por alguna excitación, el padre lo llama felicidad, conforme el bebé va creciendo aparecen estados emocionales.¹⁴

Mussen, en 1984 menciona que los niños a los 4 y 10 meses de edad presentan ira, frustración y miedos; siendo la incertidumbre de los primeros elementos que aparecen a una edad temprana. Por lo cual, él indica que es importante evitar situaciones de sobresalto para ayudar a los menores a reaccionar de manera adecuada ante nuevas situaciones. Otro hallazgo importante, es que el menor de los 7 a 12 meses va a presentar en la mayoría de los casos un temor a desconocidos, esto provoca que tenga un mayor miedo a la separación de los padres alcanzando un máximo temor de los 13 y 18 meses de edad, sin embargo, Kagan en 1978, mencionó que de los 36-40 meses de edad será capaz de controlar mejor el problema de angustia.¹⁵

Ainsworth, en 1967 concluyó que los niños con relaciones firmes con las personas que lo atienden podrán aventurarse mejor hacia círculos sociales amplios, que aquellos que tienen relaciones deficientes con los cuidadores, ya que, los segundos no tendrán la capacidad de realizar esta exploración debido a su inseguridad.¹⁸

2.1.3 Desarrollo psicológico del niño en la consulta dental

Rugless en 1950 señaló que un niño pasa por cuatro estadios de desarrollo:

- Estadio pre-salvaje: 0 a 2 años
- Estadio salvaje: 3 a 7 años
- Estadio de barbarismo: 8 a 12 años
- Estadio primitivo de civilización: 13 a 16 años

Se señalan sólo los dos primeros estadios; en el estadio *pre-salvaje* Kamp, Walter y Nakama en 1991-1992 hacen referencia, que al momento del nacimiento, su mecanismo es emocionalmente pobre y su lóbulo frontal presenta poca actividad, por lo cual, su manejo será fácil, debe contar con la presencia materna para lograr tener contactos prolongados.¹⁹

Melo en su estudio de la relación del comportamiento del niño con la erupción dental en 1995 mencionó el tipo de conducta presente por los niños en el primer año de vida (cuadro 1).¹⁹

SÍMBOLO	CONDUCTA	CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA
A	CONDUCTA NEGATIVA	Llanto cuando va a los brazos del operador Llanto al acostarse en la silla No se interesa por los objetos presentados No hay reacción positiva a los toques en región de labio y mentón Empujan el dedo del operador con la lengua
B	CONDUCTA INDEFINIDA	Apenas acompaña objetos con la vista No llora cuando va a los brazos del operador No llora a ser colocados en la silla Presenta sensibilidad en la región del labio y mentón Llora cuando es abordado por atrás
C	CONDUCTA POSITIVA	Gran reflejo de succión Interés por todos los objetos Se comporta naturalmente en la silla Reaccionan positivamente a los toque en la región de labio y mentón

Cuadro 1 Comportamiento del niño en el primer año de vida en la consulta dental.

Una vez cumpliendo el año se inicia la maduración social del individuo, caracterizado por eventos de ira y aceptación. A partir de la presencia de los dientes en boca, la manipulación del niño se vuelve difícil. A los dos años de edad el apego materno es más acentuado.¹⁹

En el estadio salvaje, es relevante mencionar que a los 3 años de edad busca la imitación, teniendo una maduración social amplia, permitiendo una relación interpersonal más larga, siendo ideal para tratamientos odontológicos convencionales. A los cuatro años de edad se manifiesta una gran curiosidad con preguntas como: ¿por qué? y ¿cómo?, de los cinco a los seis años en la etapa escolar, se caracteriza por el inicio de una convivencia con extraños.²⁰

2.2 Aspectos sociales

En los primeros 12 meses su primera conducta social aparte del llanto es el reflejo de sonreír, los niños comienzan a tener un comportamiento diferente para aumentar su influencia en el hogar, aquí se dan los sucesos sociales primordiales para el desarrollo de vínculos sólidos.¹⁴

En el segundo año de vida las habilidades fonéticas le permiten una mejor relación con la familia; visto desde una parte social los niños buscan ejercer su voluntad, con la necesidad de probar su independencia. Además, comienzan a comprender el rol social que representa cada persona, es muy importante que se le muestre una conducta estable, ya que, ellos tienen la capacidad de adoptar dichos comportamientos que ve. Los padres deben brindarle el afecto necesario y comenzar una disciplina educacional, donde el castigo físico para reprimir una acción está contraindicado, ya que, solo potencializara la mala conducta, cabe señalar que en esta etapa los berrinches serán normales, por lo cual, está indicado no prestar tanta atención.¹⁴

Para el tercer año los niños comienzan a ser más independientes, al ser su vocabulario más amplio, buscan oponer resistencia mediante la palabra “no”, además suelen hacer observaciones frente a cualquier persona. Comienza a surgir la identidad propia y los intercambios sociales con demás personas se comienza a extender.¹⁴

2.2.1 Influencias sociales que determinan su conducta

❖ Hogar (actitud de los padres)

En 1960 Brauer, menciona que el manejo del niño no debe ser restringido en el ámbito odontológico, y que el condicionamiento de los padres es la parte más importante.²⁰

Los padres con sobreprotección con dominación, limitan a los niños completamente, desde su libertad y la convivencia con otros niños; estos comportamientos reflejan ansiedad, la mayoría de los casos se debe a diversos factores etiológicos como lo son: padres que sufrieron mucho por abandono o rechazo, mala preparación para la maternidad, abortos sucesivos, embarazo prematuro, hijo muy esperado, sentimientos de culpa, entre otros. Estos niños van a tener un comportamiento tímido o medroso, que se caracteriza por ser extremadamente dependientes e inseguros, la mayoría de las veces son obedientes, retraídos, no tienen la capacidad de tener iniciativas, además, que suelen avergonzarse demasiado, son muy sensibles tanto física como emocionalmente, tienen miedos exagerados (fobias). Como profesional de la salud, al momento de brindar la atención se recomienda presentar posibilidad de elección, conversar para desviar su atención, vencer la barrera de timidez, transmitirle confianza y seguridad, la técnica empleada “mostrar-decir-hacer”, para que el niño gradualmente vaya teniendo contacto con el objeto que lo coloca en una situación fóbica e ir dando condicionamiento positivo.²⁰

Las actitudes de padres que brindan rechazo y abandono, muestran una incapacidad de dar amor a los niños, su convivencia es totalmente apartada, dejándolos fuera del núcleo familiar como puede ser ofreciéndolos en adopción en algunos casos o mostrar indiferencia con la relación a la atención de sus necesidades, evitando el contacto con ellos. Los principales factores etiológicos se deben a niños no deseados, actividades sociales en primer

plano, frustración ante la apariencia e inclusive el sexo de los niños, padrastros o madrastas. Estos niños, en su mayoría van a mostrar una conducta agresiva y negligente, se comportarán rebeldes, desafiantes, vengativos, se sienten rechazados y llenos de problemas, sin embargo, la conducta puede variar y se pueden volver sumisos, en este caso se presentarán atípicos, indiferentes y con una expresión facial similar al mal humor.

En la práctica odontológica si es agresivo-negligente, generalmente se resisten al tratamiento por desconfianza hacia el operador, si se utiliza fuerza puede agredir al operador y contrariarlo, como última opción se recomienda utilizar “mano sobre boca”; en caso de ser sumiso negligente, se someten pasivamente al tratamiento mostrando indiferencia y pueden mostrar apatía, no muestra voluntad de tomar parte activa en la conversación ni cooperar. Si el niño se muestra agresivo, no se debe reprimir físicamente, se debe mostrar como un amigo que lo intenta ayudar y explicar todo el tratamiento que se piensa realizar, aunque no preste atención, los padres no deben acompañarlo dentro del consultorio. En caso que los niños sean sumisos, debe tenerse cuidado suficiente para no traumatizarlos, despertar su amistad y confianza conversando con ellos, aunque no respondan en caso de que pongan resistencia no se debe proceder severamente, si no, mostrar comprensión.²⁰

❖ Escuela

Los niños que asisten a ella tiene la facilidad de recibir nuevas experiencias y oportunidades que en el hogar, muestran una maduración más rápida, siendo benéficas o perjudiciales según sea el caso.²⁰

❖ Condición física

Los niños que tuvieron un buen desarrollo basado en la alimentación tienen mejor comportamiento y el trato de manejo es más fácil, ya que, se ha comprobado que la malnutrición está relacionada con problemas de irritabilidad, fatiga y rebeldía.²⁰

CAPÍTULO 3 PRINCIPALES ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA CON REPERCUSIÓN EN CAVIDAD ORAL

3.1 Gingivoestomatitis herpética aguda

Es una infección viral contagiosa producida por el virus de herpes simple (hominis), éste produce infecciones herpéticas, en piel y mucosas.²¹ Principalmente afecta a niños entre los 5 a 6 meses de edad y de los 4 a 6 años de edad y sólo el 1% de los casos registrados mencionan su aparición en recién nacidos por una septicemia mortal, además, cabe mencionar que algunos adultos también pueden presentarla.²²

El virus de herpes I es neurotrópico, infecta principalmente nervios periféricos, emigrando a un ganglio nervioso donde se encuentra latente. Cuando es activado migra a lo largo del axón nervioso hasta las células epiteliales superficiales, siendo activado por factores externos como traumatismo, luz solar, frío, fiebres y cualquier inmunosupresión. Principalmente, suele manifestarse después de un episodio de enfermedades febriles como: neumonía, influenza y fiebre tifoidea.²³

Una vez que se adquiere este virus durante la primera infancia es capaz de mantenerse inactivo por largos periodos, residiendo en los ganglios nerviosos sensoriales, sin embargo, vuelve a reaparecer clínicamente en forma conocida como “herpes labial recurrente”, presentándose en la parte externa de los labios.²⁴

Datos clínicos

Se manifiesta por la presencia de lesiones primarias y secundarias, pero no presenta ninguna durante el periodo de incubación que oscila entre los 1 a 26 días, aunque se ha observado en su mayoría que es de 7 a 8 días.²⁵

Los pacientes refieren una sensibilidad de adormecimiento o ausencia de sensibilidad al tacto por el tejido afectado. Después comienza la aparición de 1 o 2 vesículas en la mucosa bucal, que en los niños durante la etapa escolar la mayoría de veces pasan inadvertidas por los padres, sin embargo, esta es la etapa con mayor virulencia.²⁵

Dentro del periodo prodrómico hay síntomas tales como: irritabilidad, fiebre alta (38.3 a 40.4°C), cefalea, malestar general, disfagia y linfadenopatías, del día 3 al día 5 presenta un enrojecimiento y tumefacción en las encías, a los 2 o 3 días del primer signo aparecen múltiples vesículas de contenido claro-amarillento en lengua, encía, paladar duro y blando. Estas vesículas después de 8 a 10 días se revientan fácilmente, siendo muy dolorosas, pero sin dejar secuelas.²⁶

La gingivoestomatitis herpética se puede presentar de dos maneras, leve y grave; cuando ésta es leve se caracteriza por la presencia de múltiples úlceras superficiales pequeñas y puntiformes afectando principalmente la superficie de la mucosa oral queratinizada y no queratinizada, localizada en los labios y la piel perioral hasta la nasofaringe. Cuando es grave puede presentarse como úlceras grandes, blanquecinas, difusas con bordes festoneados, halos eritematosos y únicas. Ambas presentan cuadros febriles y linfadenopatias con una duración de 2 a 10 días, es muy común que se presente dificultad al comer e imposibilidad de masticar el alimento en los primeros 2 a 4 días.²⁷ Fig.4



Fig.4 Estomatitis herpética en la primera infancia.²⁸

Complicaciones

No suelen ser muy comunes, sin embargo, se puede llegar a presentar alguna infección secundaria por herpes en el ojo, que es denominada queratoconjuntivitis herpética, ésta es una situación de emergencia que si no es trata a tiempo puede llevar a la ceguera. Es más común que se presente deshidratación si el niño se niega a comer y beber adecuadamente debido al dolor que producen las úlceras bucales.²⁹

Tratamiento

La estomatitis herpética es tratada con los medicamentos antivirales como Aciclovir, para evitar que el niño presente mucho dolor en la boca, se le debe proporcionar una dieta principalmente líquida de bebidas no ácidas frescas o frías.

Aciclovir dosis pediátrica, (Cicloferon)

Mayores de 12 años o con peso superior a 40kg: 2 tabletas de 400mg cada 6 horas por 7 días.

Niños de 2 a 11 años. 20mg/kg de peso cada 6 horas por durante 5 a 7 días consecutivos, en menores de 2 años la mitad de la dosis.

En menores de 2 años se permite recomendar hasta 80 mg/kg/día.

En crema aplicar con un isopo sobre las lesiones 5 veces al día durante 7 a 10 días.²⁹

Hay disponibilidad de un anestésico tópico oral (lidocaína viscosa), sólo en caso que el dolor sea fuerte, debe ser aplicado sólo en la zona de dolor y con la suficiente vigilancia del adulto, debido a que disminuye toda la sensibilidad y ésto puede interferir con la deglución y puede provocar que el niño se queeme la boca o la garganta con líquidos calientes o se ahogue.²⁹

Profilaxis

Los niños deben evitar estrictamente el contacto cercano con personas que tengan aftas, también se recomienda mantenerse alejados de otros niños con estomatitis herpética, se debe evitar que compartan utensilios, vasos o alimentos con personas activamente infectadas.²⁹

Pronóstico

Este virus tiene un pronóstico favorable, ya que, al cabo de 10 días los niños pueden recuperarse sin la necesidad de tratamiento médico.²⁹

3.2 Enfermedad mano-pie-boca

Es una infección sistémica, proveniente del virus Coxsackie A de los subtipos 9 y 16 principalmente, los cuales producen enfermedades entéricas y se caracterizan por infectar piel y mucosas, cabe mencionar que es extremadamente contagiosa manifestándose con erupciones vesiculosas en las palmas, plantas y en mucosa en la parte anterior de la boca. Este virus afecta principalmente a los niños menores de 10 años de edad.³⁰

El virus se transmite principalmente por vía fecal-oral y estornudos (aerosoles respiratorios), también es posible que se llegue a contagiar por medio de objetos contaminados. Este virus utiliza la parte superior del tracto respiratorio y la parte distal del intestino delgado para poder reproducirse.³¹

Los niños son los principales afectados por éste virus, siendo una enfermedad contagiosa benigna, su periodo de incubación es de tres a siete días y al cabo de una o dos semanas se remite solo. Su medio de transporte de un individuo a otro es por medio de la saliva, ampollas en manos y pies y con materia fecal infectada, es común que esté presente en guarderías, principalmente en el verano, el otoño y climas fríos, sin embargo, en las zonas tropicales se presenta todo el año.³¹

Una vez que se tuvo contacto con el virus después de su implantación oral, éste se propaga a los nódulos linfáticos regionales, durante las siguientes 24 horas, ocurre una viremia con la presencia de infección en sitios secundarios como mucosa oral y piel. En el séptimo día hay un aumento de anticuerpos para después declinar.³²

Datos clínicos

El cuadro patológico, pasados los 4 a 8 días presenta fiebre, malestar general, dolor de cabeza y de garganta. El 90% de las lesiones iniciales presentan principalmente vesículas en la cavidad oral, las cuales son muy características. Después de 24 horas del exantema aparecen vesículas en la piel, dentro de la cavidad oral tienen un diámetro entre 3 y 7 mm, las cuales cicatrizan en una semana, éstas presentan una pared delgada gris perla, con un halo eritematoso oval o lineal, que rápidamente se van ulcerar, produciendo dolor y la lengua se observa edematizada, lo cual dificulta la alimentación, se localizan en la porción posterior de la boca, mucosa del paladar duro y carrillos.^{32, 33}

Las vesículas cutáneas, aparecen característicamente en las caras dorsales y laterales, alrededor de las uñas y alrededor del talón, una vez pasados 7 a 10 días éstas desaparecen sin dejar secuelas.³² Fig.5



Fig.5 Enfermedad mano pie boca.³⁴

Complicación

En caso de complicación se presenta leucocitosis, vómito, deshidratación y pérdida de peso por la falta de ingesta de alimentos por el dolor y solo una pequeña cantidad puede desarrollar rápidamente complicaciones neurológicas y sistémicas que pueden ser fatales.³³

Tratamiento

No existe ningún antiviral específico, sin embargo, la farmacoterapia se basa principalmente en la administración de analgésicos sistémicos como el paracetamol o ibuprofeno para el malestar general y la fiebre.³⁵

Paracetamol dosis pediátrica (Tempra):

Niños, adolescentes y adultos con peso menor de 50 kg: 15 mg/kg de paracetamol por administración; 1.5 ml de solución por kg hasta 4 veces al día. La dosis máxima no deberá exceder los 60mg/ kg. El intervalo mínimo entre cada administración debe ser de 4 horas.

Ibuprofeno no recomendable para menores de 2 años. Para dosis analgésica 4 a 10mg/kg cada 6 horas y para dosis antiinflamatoria 30-40mg/kg cada 6 horas. Sin exceder los 500mg / día.³⁵

Pronóstico

En la mayoría de los casos es favorable.³³

3.3 Herpangina

La herpangina es una infección leve no tratable, es causada por el virus Coxsackie A y B, afecta principalmente a los niños durante la etapa escolar (3-10 años de edad), que se transmite por inhalación de gotas aéreas de saliva contaminada. El virus es capaz de sobrevivir fuera del organismo durante 3 a 4 horas, lo cual lo hace altamente contagioso.^{36, 37}

Datos clínicos

En un inicio sus síntomas son fiebres altas, vómitos, cefaleas, dolor de extremidades, disfagia y conjuntivitis.³⁸ La herpangina se manifiesta por medio de múltiples úlceras y vesículas de 1 a 2mm, que clínicamente se observa una base de color blanco o blancuzco-grisáceo y un borde rojo que pueden ser muy dolorosas. En la mayoría de los casos sólo hay algunas presentes en el paladar blando, úvula, faringe (en pilares anteriores la mayoría de veces), nasofaringe y mucosa oral, con duración de una semana. Los síntomas desaparecen logrando desarrollar inmunidad sólo a un subgrupo, pero no a todos los subtipos.^{36, 37} Fig.6

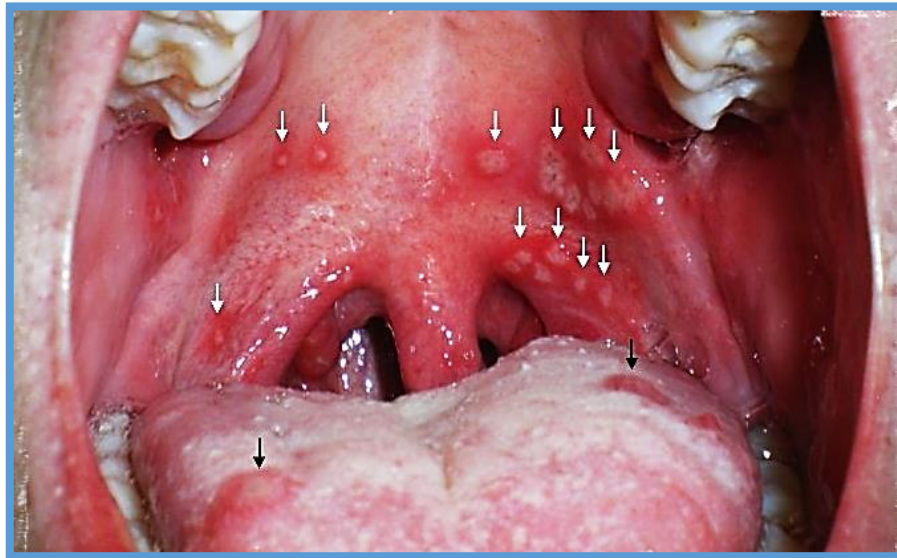


Fig. 6 Lesiones vesiculares en la parte faríngea.³⁹

Complicación

Deshidratación y pérdida de peso por la falta de ingesta de alimentos por dolor.

Tratamiento

Paracetamol dosis pediátrica (Tempra): Niños, adolescentes y adultos con peso menor de 50 kg: 15 mg/kg de paracetamol por administración; 1.5 ml de

solución por kg hasta 4 veces al día. La dosis máxima no deberá exceder los 60mg/ kg. El intervalo mínimo entre cada administración debe ser de 4 horas.

Ibuprofeno no es recomendable para menores de 2 años. Para dosis analgésica 4 a10mg/kg cada 6 horas y para dosis antiinflamatoria 30-40mg/kg cada 6 horas. Sin exceder los 500mg / día.³⁵

Se debe aumentar la ingesta de líquidos, hay que evitar las bebidas calientes y los cítricos, se recomienda que la alimentación no sea irritante.

Pronóstico

Su pronóstico es favorable, la enfermedad desaparece en una semana.

3.4 Enfermedad Pospischill Feyter

Es una variante del virus del herpes simple, que afecta principalmente a lactantes y niños (posterior a tosferina, sarampión, escarlatina), observándose erupciones muy características dentro del área peribucal, bucofaríngea, puntas de los dedos y genitales externos. Una vez pasada esta fase de ulceración, se forman costras necróticas.⁴⁰ Fig.7

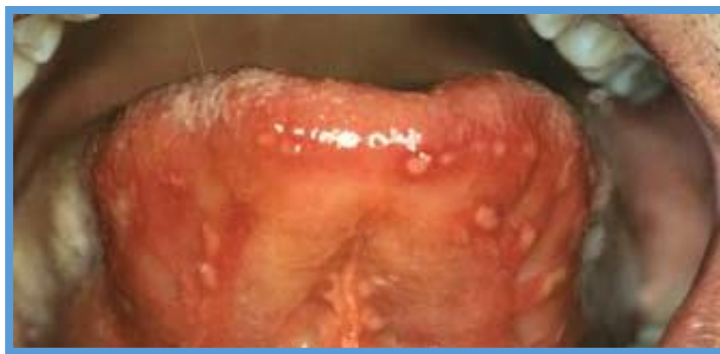


Fig.7 Ulceraciones por Pospischill Feyter. ⁴¹

3.5 Mononucleosis infecciosa

La mononucleosis infecciosa o también conocida como la enfermedad del beso, es un síndrome causado por el virus Epstein Barr, siendo los niños y adolescentes los más afectados. Durante 30 años de investigación se ha observado que los principales casos se presentan en las edades de 10 a 19 años. El virus tiene un periodo de incubación de 4 a 7 semanas en adultos y de 4 a 10 días en niños.⁴²

Infecta el epitelio de la orofaringe, glándulas salivales. Infecta las células B al contacto con las células epiteliales, mientras que los linfocitos de las criptas tonsilares son afectados directamente, para después contaminar todo el torrente circulatorio.⁴²

Datos clínicos

La Mononucleosis infecciosa se localiza de forma sistémica una vez instalado su ciclo reproductivo. Los niños en el 50% de los casos presentan fiebre, cansancio, cefalea, escalofríos, linfadenopatía, faringitis intensa y anorexia.⁴³

La temperatura suele elevarse a 39.5°C después de 7 a 10 días, conforme el paso del tiempo va a ir descendiendo y no pasa a más de 3 semanas.⁴³ Los ganglios cervicales, axilares e inguinales son los más afectados con mayor frecuencia según estudios de un 95 al 100%, se distinguen por tumefacciones tensas, dolorosas, separadas a la palpación en el ángulo de la mandíbula y a lo largo de las cadenas cervicales, esta sintomatología afectará a los niños de 2 a 4 semanas. Otro signo muy constante en el 95 al 100% de los casos es la faringitis, que en un inicio sólo presenta dolor en la orofaringe, enrojecimiento y crecimiento del tejido adenoideo, después de 2 a 4 semanas se forma una membrana blanquecina, que al desprenderse provoca sangrado, causando dolor.⁴⁴ Fig.8

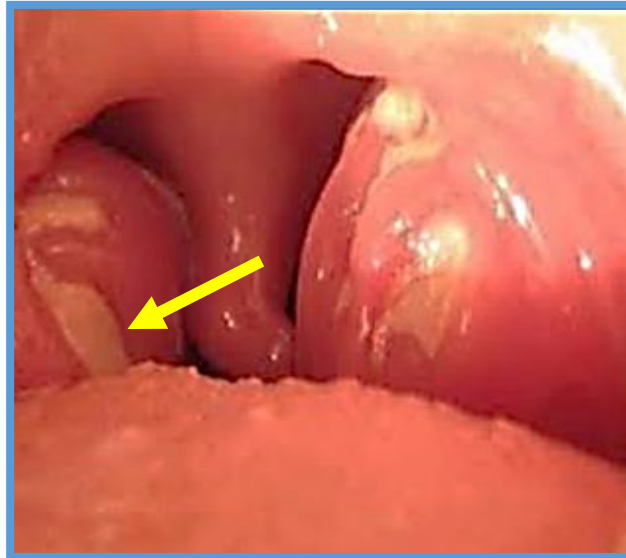


Fig.8 Faringitis con presencia de membrana blanquecina.⁴⁵

Con menor frecuencia, también se puede presentar un exantema generalizado tipo petequeial de 0.25 y 1 mm en la unión del paladar blando y paladar duro, siendo de color rojo en un inicio y 48 horas después cambia su coloración a una tonalidad café, desapareciendo entre 3 o 4 días. Sólo el 25% y 35% lo presentan.⁴⁶ Fig.9

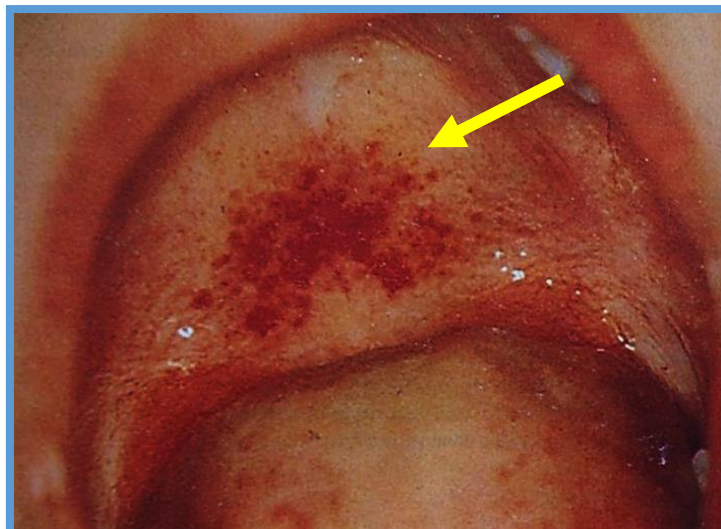


Fig. 9 Exantema petequeial.⁴⁷

También puede presentarse gingivoestomatitis moderada y difusa, en ocasiones el velo del paladar y la úvula tienen un agrandamiento edematoso.⁴⁶ En el caso de que las lesiones sean mayores y de aspecto necrótico, puede presentar halitosis.⁴⁸

Del 5 al 15% de los casos han presentado rash, comprendiendo tronco, cara y con mayor frecuencia las extremidades con una duración de 12 horas hasta 3 o 4 días.⁴⁹

Complicaciones

En pacientes pediátricos la mayoría se recupera sin problemas.

Tratamiento

- ❖ Mantener hidratación adecuada.
- ❖ Antinflamatorios no esteroideos paracetamol
Paracetamol dosis pediátrica (Tempra):
Niños, adolescentes y adultos con peso menor de 50 kg: 15 mg/kg de paracetamol por administración; 1.5 ml de solución por kg hasta 4 veces al día. La dosis máxima no deberá exceder los 60mg/ kg. El intervalo mínimo entre cada administración debe ser de 4 horas.
- ❖ Informar sobre datos de alarma como dolor abdominal o dificultad respiratoria.
- ❖ Evitar deportes de contacto por 1 mes.
- ❖ Reposo relativo.
- ❖ Evitar actividades de riesgo.
- ❖ No prescribir antibióticos, especialmente amoxicilina y ampicilina, en general todos los betalactámicos, ya que, se puede complicar con exantema.⁵⁰

Pronóstico favorable

3.6 Escarlatina

La escarlatina es una enfermedad que se transmite de persona a persona por partículas salivales al toser o estornudar, se caracteriza por ser exantemática y es infectocontagiosa, ya sea por enfermos o portadores sanos. Con mayor prevalencia en regiones de climas templados. El 80% de los niños a los 10 años de edad ya han desarrollado anticuerpos contra las exotoxinas. Las exotoxinas se localizan principalmente en la nariz y garganta, donde invaden los tejidos y ganglios linfáticos regionales.⁵¹

Ésta enfermedad es producida por exotoxinas del estreptococo beta hemolítico del grupo A, que es una bacteria Gram+ con la capacidad de producir hemólisis de los eritrocitos, existiendo tres tipos de toxinas A, B, C, por lo tanto, puede padecerse en tres oportunidades.⁵¹

Características clínicas

El estreptococo beta hemolítico del grupo A, tiene un periodo de incubación de 1 a 7 días, los niños en un inicio presentan fiebre mayor a 39.5°C, que dura entre 2 y 4 días, disminuye paulatinamente para desaparecer después de una semana, también presenta odinofagia, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, mialgias y malestar general.⁵¹

En la mucosa oral se presenta un eritema, con maculas puntiformes rojas en la úvula, en el paladar duro y blando (manchas de forcheimer), en los días 1 y 2 se aprecia una capa blanca en el dorso de la lengua, después de 2 a 3 días las papilas se encuentran enrojecidas y aumentadas de volumen, la capa blanca desaparece dejando las papilas rojas (lengua de frambuesa).⁵² Fig.10



Fig.10 Lengua de frambuesa.⁵³

El exantema se presenta después de 12 a 48 horas de la primera fiebre, estas lesiones son maculo-papulares de color rojo, con una textura áspera, primero se observa debajo de orejas, pecho y axilas, después se extiende al tronco y extremidades pasando las 24 horas. Es muy característico que presente líneas de Pastia (manchas purpúricas en forma de dos o tres rayas transversales en el codo de los pacientes de escarlatina), que se deben a la ruptura de capilares que hacen aparecer líneas de color rojo en los pliegues de brazos e ingle. Al pasar de 7 a 10 días, se presenta una descamación, para después la resolución del exantema y puede continuar hasta por seis semanas, la extensión y duración de esta descamación.⁵² Fig.11



Fig.11 Exantema en tronco y extremidades.⁵⁴

Complicaciones

Las complicaciones tempranas son: otitis media, linfadenitis cervical, absceso periamigdalino, sinusitis, bronconeumonía, meningitis, septicemia, hepatitis, miocarditis y vasculitis. Sin embargo, también puede presentar complicaciones tardías, como: fiebre reumática y pérdida de cabello.⁵¹

Tratamiento

Con el tratamiento se busca prevenir una fiebre reumática aguda, reducir la propagación de la infección y prevenir las complicaciones inmediatas, por eso se recomienda seguir el siguiente esquema antimicrobiano.

- ♣ Penicilina V
- ♣ Amoxicilina (Amoxil) niños hasta los 10 años 125mg tres veces al día, aumentando a 250 mg tres veces al día para infecciones más severas.
- ♣ Penicilina G benzatinica

En niños alérgicos a la penicilina

- ♣ Clíndamicina (Dalacin) solución inyectable en niños mayores de 1 mes de vida 20-40 mg/kg/ día en 3 o 4 dosis iguales.
- ♣ Azitromicina

El periodo de administración es por 10 días, excepto la Azitromicina que se administra sólo por 5 días y la penicilina G benzatinica una sola dosis.⁵²

Se recomienda reposo relativo, control térmico como medios físicos, dieta balanceada y se debe evitar el uso de polvos caseros secantes, ya que, pueden producir infección secundaria.⁵²

Pronóstico favorable

3.7 Enfermedad de Kawasaki

Este síndrome también es conocido como mucocutáneo ganglionar, se desconoce su causa y se ha postulado una variedad de virus y causas tóxicas o alérgicas. Se ha sugerido que esta enfermedad podría ser el resultado de una respuesta inmunológica anormal con relación del síndrome de varicela, herpes simple y el virus de Epstein- Barr. Este síndrome hace que se inflamen las paredes de los vasos sanguíneos en el cuerpo. Puede afectar cualquier tipo de vaso sanguíneo, incluidas las arterias, venas y los capilares.⁵⁵

Entre el 80 % y el 90 % de los casos de la enfermedad de Kawasaki ocurren en niños menores de 5 años y mayores de 6 meses, ésta no es contagiosa.⁵⁶

Características clínicas

Tiene una aparición brusca con fiebre elevada con 40°C y una erupción difusa sobre el cuerpo que va a desaparecer en 1 a 3 semanas, los labios se ven color rojo y la lengua tiene un aspecto de fresa brillante, las conjuntivas, las palmas y plantas están enrojecidas e inflamadas, hay una descamación característica de la piel que inicia en las yemas de los dedos y las uñas de los pies, algunos presentan diarrea.⁵⁵ Fig.12



Fig.12 Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Kawasaki.⁵⁶

Complicaciones

En más de la mitad de los pacientes, se presenta arteritis coronaria con alteraciones electrocardiográficas, pero las complicaciones cardíacas no ocurren si la enfermedad de Kawasaki se trata durante los diez días al inicio de los síntomas.⁵⁵

Tratamiento

Los niños deben ser hospitalizados y son tratados por gamma globulina (IVIG). La IVIG se administra por vía intravenosa (IV) de 8 a 12 horas. A los niños también se les puede administrar aspirina para reducir el riesgo de problemas cardíacos. Los niños deben permanecer en el hospital al menos 24 horas después de completar la dosis de medicamento.⁵⁶

Pronóstico

Después de iniciar el tratamiento, la mayoría de los niños se encuentran mejor en un plazo de sólo dos días, sin embargo, el pronóstico es reservado, ya que, se han informado de fallecimientos, pero la tasa de mortalidad no ha sido establecida.⁵⁵

3.8 Sarampión

Es un virus que proviene de la familia paramixovirae el cual refiere un alto grado de contagio de persona a persona, ya que, se transmite mediante gotas de saliva y el contacto con artículos contaminados, durante un periodo prodromico de 3 a 5 días con secreciones provenientes de garganta y nariz. Su periodo de incubación es de 8 a 14 días. La literatura refiere mayor aparición en la infancia y adolescencia, en un rango de 2 a 14 años en las estaciones de primavera e invierno.⁵⁸ “En 2016, hubo 89,780 muertes por sarampión en todo el mundo. Se trata de la primera vez en que el número de muertes por sarampión es inferior a los 100,000 por año.”⁵⁷

Datos clínicos

En la etapa prodrómica, presenta fiebre de 38.3 a 40°C siendo frecuentemente el primer signo, ésta tiende a elevarse poco antes del exantema cutáneo, pero una vez que presenta el exantema vuelve a descender. Se presentan síntomas como dolor de garganta, rinorrea y tos seca, al paso de unos días aparece conjuntivitis no purulenta acompañada de fotofobia. En algunos casos los ganglios linfáticos cervicales posteriores presentan linfadenopatía.⁵⁵

Las manchas de koplik se observan como finas manchas blancas sobre una base ligeramente eritematosa, inicialmente aparecen en la mucosa bucal a la altura de molares para después diseminarse a lo largo de la cavidad bucal, se manifiestan entre el tercer y cuarto día, y van desapareciendo conforme el exantema se establece.⁵⁵ Fig. 13



Fig. 13 Manchas de Koplik. ⁵⁹

El exantema se manifiesta en el quinto día, mostrándose un eritema macular rosado, irregular, que rápidamente se va oscureciendo y se aprecia en una forma característica hasta llegar a formar manchas rojas de mayor tamaño y forma variable, que al momento de colocar presión, la erupción desaparecerá. Habitualmente, se hace presente en un inicio en cara y detrás de las orejas, para luego propagarse hacia el tórax y abdomen, y finalmente en las extremidades, donde algunas veces puede ir acompañado de prurito

moderado con una duración de 4 a 7 días, incluso puede ocurrir una descamación fina, principalmente en cara y tronco, con una duración de 2 a 3 días, dando paso a una pigmentación color pardo claro.⁵⁷ Fig.14



Fig.14 Exantema por sarampión.⁶⁰

Dentro de los estudios de laboratorio la leucopenia es común en el periodo prodrómico y en la fase de erupción, si ocurre un incremento brusco de leucocitos es por la presencia de cualquier complicación bacteriana; sin embargo, de no presentar ninguna complicación éstos irán incrementando poco a poco.⁵⁵

Complicaciones

Las infecciones bacterianas, tienen mayor prevalencia en aparato respiratorio, provocando fiebre recurrente y leucocitosis.

- Otitis media: presente en el curso del exantema
- Traqueobronquitis: acompañada de tos más productiva
- Bronconeumonía: en si el sarampión causa neumonitis específica, esta complicación es frecuente por la invasión bacteriana.
- Encefalitis: no es tan común sólo se presenta en 1 de cada 3,000 casos, se caracteriza por el comienzo de convulsiones.
- Sarampión hemorrágico: tiene una alta tasa de mortalidad, se caracteriza por hemorragia generalizada y púrpura.⁵⁷

Tratamiento

No se encuentra ninguna medida específica, pero se deben tener medidas generales en las que se menciona aislamiento durante una semana a partir del inicio de la erupción, junto con reposo, solo en caso que la temperatura se encuentre por arriba de los 39.4°C, se recomienda colocar esponjas salinas sobre los ojos y vapor para la tos.⁵⁵

Profilaxis

A los 12 meses de edad, se debe aplicar la vacuna de virus vivo contra sarampión y la segunda dosis a los 6 años de edad. La inmunoglobulina estándar tiene la propiedad de prevenir la enfermedad en personas susceptibles que estuvieron en expuestas al virus, se les debe administrar antes de los 6 días del contacto y la dosis debe ser 0.25ml/kg.^{58,55}

Pronóstico

Tiende a tener un excelente pronóstico cuando el enfermo no presenta complicaciones o en complicaciones bacterianas. En caso de presentar encefalitis el pronóstico es reservado.⁵⁵

3.9 Varicela

Es una infección viral aguda, causada por el virus varicela-zoster, es extremadamente contagiosa, ya que, se traspa de persona a persona por medio de gotas provenientes del aparato respiratorio o por contacto con artículos recientemente contaminados. Este virus es capaz de transmitirse hasta 24 horas antes y 6 días después de la aparición de la erupción. El periodo de incubación es de 12 a 21 días.⁵⁵

Datos clínicos

Los pródromos no son muy notorios, aunque puede tener leve malestar y fiebre por 24 horas. El primer signo claro es el exantema, las lesiones suelen aparecer en grupo, todas las etapas y tamaños se observan al mismo tiempo y en la misma zona. Su localización inicialmente se presenta en el epicráneo y en superficies mucosas, posteriormente en el cuerpo. Tienen mayor presencia en tórax, espalda y hombros; en las extremidades es menor y en muy raras ocasiones se pueden observar en plantas y palmas.⁶² Fig.15

En el transcurso del tiempo (1-4 días) puede observarse de la siguiente manera:

- *Macular: manchas pequeñas y rojas
- *Papular: aparecen erupciones cutáneas elevadas
- *Vesicular: las lesiones son muy frágiles, aparecen como gota de agua sobre la base ligeramente roja
- *Postular: las lesiones se cubren de costras



Fig.15 Exantema por varicela.⁶³

Suele encontrarse prurito y volverse intenso en la etapa pustulosa, acompañado de fiebre.⁶²

Complicaciones

La más común es infección de las vesículas, rara vez suele haber encefalitis. Pero en pacientes que reciben tratamiento inmunosupresivo y con leucemia refieren un alto grado de mortalidad.⁵⁵

Tratamiento

La loción de calamina ayuda a disminuir el prurito, acompañada de ungüentos anestésicos locales suaves o antihistamínicos generales. Las lesiones bucales y perianales deben ser tratadas mediante lavados y compresas salinas. Los detergentes antisépticos son recomendados para reducir la frecuencia de infecciones bacterianas y aliviar el prurito.⁵⁵

Se recomienda el uso de paracetamol, (Tempra): Niños, adolescentes y adultos con peso menor de 50 kg: 15 mg/kg de paracetamol por administración; 1.5 ml de solución por kg hasta 4 veces al día. La dosis máxima no deberá exceder los 60mg/ kg. El intervalo mínimo entre cada administración debe ser de 4 horas; quedando contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico por el riesgo de desencadenar un síndrome de Reye. El uso de aciclovir para detener la replicación del virus, se debe administrar por vía oral, la dosis en niños es: Aciclovir dosis pediátrica, (Cicloferon) Mayores de 12 años o con peso superior a 40kg: 2 tabletas de 400mg cada 6 horas por 7 días. Niños de 2 a 11 años. 20mg/kg de peso cada 6 horas por durante 5 a 7 días consecutivos, en menores de 2 años la mitad de la dosis. En menores de 2 años se permite recomendar hasta 80 mg/kg/día. En crema aplicar con un isopo sobre las lesiones 5 veces al día durante 7 a 10 días.⁶¹

En caso de presentar infección en las lesiones cutáneas se deben tratar con antibióticos locales de amplio espectro.⁵⁵

Prevención

La inmunoglobulina de varicela-zoster puede modificar la enfermedad progresiva o prevenirla en el individuo inmunodeficiente expuesto al virus.

En pacientes que tienen alto riesgo a desarrollar una varicela grave se recomienda aplicar la Inmunoglobulina hiperinmune anti-varicela zoster (IGVZ), sí estuvieron en contacto con alguien en el período preeruptivo, principalmente en recién nacidos cuya madre presenta varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto, prematuros hospitalizados ≥ 28 semanas hijos de madre sin historia de varicela, prematuros hospitalizados < 28 semanas o 1 kg de peso.⁶¹

Pronóstico

Es excelente en su mayoría de veces. En cuanto a la infección secundaria por formación cicatrizal es frecuente. De haber encefalitis el pronóstico es reservado. Con pacientes pediátricos que están bajo terapia de cortisona de largo plazo se han informado muertes.⁵⁵

CAPÍTULO 4 EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA

El educador para la salud, es quien va a informar y capacitar a los padres de familia y educadores (maestros de escuela o guarderías), a tomar medidas preventivas para evitar que las enfermedades se sigan propagando en el caso de algún brote infeccioso, orientándolos para que adopten las medidas de higiene adecuadas, con el fin de evitar que la enfermedad se complique. Además, tiene la obligación de informar acerca de las vacunas que se deben colocar al menor para evitar que se presente la enfermedad.

4.1 Medidas de higiene

En los niños las principales enfermedades se dan por medio de contagios virales, siendo más afectados en la etapa escolar y pre-escolar, sin embargo, ésto se puede prevenir con ciertas medidas de higiene para reducir el riesgo al contagio.

La higiene individual se basa es el al aseo personal, cambio de la ropa y calzado, en el caso de los niños es responsabilidad de los padres, es importante que se realice de manera cotidiana, ya que, conforme se desarrolle ésta va a influir en la autoestima que tengan los niños.⁶⁴

4.1.1 Higiene bucodental

Las enfermedades bucodentales empiezan desde la infancia. Con la limpieza de la cavidad oral se busca prevenir la caries dental y enfermedad periodontal. Perea Quesada, afirma que para la prevención de caries, se debe reducir el consumo de azúcar en la dieta, realizar aplicación tópica de flúor y cepillarse los dientes con la técnica que se le haya proporcionado. En el caso de bebés se deben limpiar los rodetes. El cepillado se debe realizar después de cada comida. “La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura

(2007) sostiene que los niños de 6 meses a 2-3 años se deben cepillar los dientes con agua y sin pasta o con pasta sin flúor (o con un máximo de 250 ppm de flúor). Entre los 2-3 años hasta los 6 años el dentífrico debe tener una concentración de flúor de hasta 500 ppm.”^{64,65}

Hoy en día la educación para la salud, es una estrategia básica del sistema de salud que busca alcanzar la salud para todos. Sin embargo, no es aplicado en su totalidad en la toma de decisiones ni en la práctica diaria, ya que, desafortunadamente es uno de los rubros en los que menos recursos se invierten, empezando por la distribución del tiempo por los profesionales de salud, hasta la falta de presupuesto por parte de la administración pública.⁶⁶

México se encuentra en último lugar en gasto en salud como porcentaje del PIB de los países miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), en el cual Japón, Alemania y Suecia, destinaron más del 9% de su PIB al gasto público en salud, dado que, México sólo se propuso destinar 2.7% para el año 2017, sin embargo, en el año 2016 y 2017 se redujo el presupuesto asignando únicamente el 1% y 0.8% respectivamente, siendo que el promedio en otros países es del 6.6%.⁶⁷

Ésta problemática, se asocia la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo, además, que los profesionales de salud tienen escasa información, lo cual los lleva a realizar programas de salud que van al fracaso, debido a que no se realizan de manera correcta y a su vez la falta de participación de la población, la cual no sigue las instrucciones indicadas por el personal de salud, lo que ocasiona pérdida de tiempo y dinero, analizando los resultados como un pérdida de poder o beneficios.⁶⁶

La OMS respalda el desarrollo de la educación para la salud junto con los profesionales, con el objetivo de convertirla en una actividad profesionalizada, acatando las verdaderas necesidades que se requieran en ese momento.⁶⁶

El objetivo principal de la educación para la salud, es lograr que cada persona sea capaz de adoptar un estilo de vida saludable, con la finalidad de que desarrolle una capacidad para cuidarse, logrando reconocer sus necesidades y así poder comprender su propio proceso-salud enfermedad; se busca que el personal de salud logre capacitar, motivar y facilitar la experiencia de aprendizaje incluyendo los métodos de enseñanza-aprendizaje: cognoscitivo, actitudinal o afectivo y psicomotor.⁶⁶

La educación para la salud, se encuentra inmersa en instituciones socializadoras, utilizando la participación de un individuo, enfocándose en los ambientes donde se desarrolla; familia, escuela y medio. La familia, es el núcleo primario de socialización, dado que cubre las necesidades básicas como: alimentación, higiene, seguridad y afecto, pero también cubre algunos valores y pautas de comportamiento. En las escuelas, se presenta la reflexión con la ayuda de distintos contenidos alusivos a la salud-enfermedad y al medio ambiente, lo cual le servirá para su propio aprendizaje. Los medios de comunicación social juegan un papel importante, ya que, les ayudan a mirar el mundo con diferentes perspectivas. Actualmente, diversos estudios muestran la importancia que tiene la televisión, redes sociales, comics, grupos, pandillas, porque, comunican diferentes estilos de vida y el tipo de relaciones sociales con los medios de comunicación.⁶⁶

Finalmente, el educador para la salud tiene que conocer las diversas actividades de aprendizaje, así como sus características como son: facilitar el logro de los objetivos, ser interesantes para mantener la motivación, ser accesibles para lograr la comprensión, permitir la participación activa y guardar estrecha relación con la vida de las personas.⁶⁶

Las actividades de aprendizaje tienen que ser diseñadas con base en la población objetivo tomando en cuenta edad, género, escolaridad y nivel socioeconómico entre otros.⁶⁶

Por lo tanto, los cirujanos dentistas tienen la responsabilidad de promover la salud oral a través de la educación para la salud.⁶⁶

CONCLUSIONES

La infancia es una etapa de la vida por la cual todos los seres humanos pasan, los niños dependen de las personas que están a cargo de ellos, por eso es importante que conozcan el proceso de cambio que van a experimentar, para que puedan tratarlo de la manera correcta, ayudándoles a forjar una autoestima, así como fomentar hábitos importantes de higiene y cuidado personal.

Algunas enfermedades en los niños no siempre se pueden evitar, sin embargo, si se pueden aplicar algunas medidas para prevenirlas. Es importante que una vez adquiridas, se tengan los cuidados necesarios para evitar que presenten complicaciones y la propagación de la enfermedad a las personas que lo rodean. Para poder lograrlo, es necesario que los padres de familia sean guiados por el personal de salud en relación a las características de un niño sano y uno que ya presenta alguna enfermedad.

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades pueden tener algunas variables, pero es en casos muy aislados, por lo cual es importante que el cirujano dentista identifique cada una de ellas y de esta manera lograr diferenciarlas de otras, ya que, con un buen diagnóstico se puede dar un tratamiento exitoso.

Finalmente, es necesario identificar la importancia que tiene el cirujano dentista en el diagnóstico de estas enfermedades llamadas propias de la infancia, ya que, en ocasiones, al tener manifestaciones en la cavidad bucodental es el primero en identificarlas. Por lo tanto, su participación como educador para la salud en apoyo a los padres en estas enfermedades es de vital importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. . Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45a edición, [Internet] octubre de 2006 [Citado el 15 de noviembre 2017]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 1982, vol. 2, no 1, p. 7-25.
3. MSc. Xochitl Donis de Santos. Compilación e ilustración con fines docentes. Universidad De San Carlos De Guatemala Facultad De Ciencias Médicas Salud Pública Y Ciencias Sociales Unidad Didáctica De Salud Pública 1 [Internet] [Citado 22 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf>
4. María Eugenia Mansilla A. Etapas del desarrollo humano. Revista de investigación en psicología. vol. 3, no 2, p. 105-116 [Internet] 2000 [Citado 22 de noviembre de 2017] Disponible en: https://afa54b83-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/jramirezbarboza/home/entradasintitulo-2/ETAPAS%20DEL%20DESARROLLO%20HUMANO.pdf?attachauth=ANoY7coveRRGI7gu6etClcl45LpBv1zx5SgnCM99ZhB7NFMDHrhXdCPcbHwhnRhhmMKZR9ELOpymEdUhrxJSixAf2u6ibkSVW3oalx5ybD9Uqx7bi74Kai-nOCkekDWbGgdARkByugTICoj0TDq2o-leJtaTi8h8Y1WzuM99q7zMch3IN31fm3efezbmvU1R9kb7vUB5Uvx1zl6ryDv8fNh9TK2hrthCKjqv4amA7vBpF-rUtPIg0E_B8_e_WLmgAugXaCILcUd5gXSQoxmr_XMBv9C29jyEHQ%3D%3D&attredirects=0

5. Roberto Stark. Atención y desarrollo de la primera infancia [Internet] 2012 [Citado 22 de noviembre de 2017] Disponible en: <https://primerainfanciapy.wordpress.com/2012/03/14/que-es-la-primerainfancia/>
6. Real Academia Española [Internet] 2017. [Citado el 27 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
7. Bee H. A criança em desenvolvimento. 9a edición: Porto Alegre: Artmed: 2003. 610 p
8. Klatchoian D. Psicología odontopediátrica. 2da: Sao Paulo: Santos; 2002. 375 p
9. Guees, Odontopediatria, Facultad de Odontología de la universidad de Sao Paulo: Santos; Capítulo 2. 31-51p
10. PIAGET, Jean. Psicología evolutiva. Madrid: Paidós; 1986, vol. 296. [Internet] [Citado 22 de noviembre] Disponible: http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/psicologia_t/decargar_etapas-del-desarrollo-psiquico.pdf
11. Corrêa MNSP, Ulson R. Desenvolvimento psicológico y de criança e sua aplicação na clínica odontopediátrica. In: Corrêa MNSP. Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos. São Paulo: Santos; 2002, Cap. 8 p. 69-87
12. Fiedler AJCB. O desenvolvimento humano: aspectos conceituais e procesos socio-afectivos e cognitivos. In: Corrêa MNSP Sucesso no

atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos. Sao Paulo: Santos; 2002; Cap. 1. P. 1-12

13. CARRERA, Beatriz; MAZZARELLA, Clemen. Vygotsky. Enfoque sociocultural: Educere; vol. 5, no 13. [Internet] 2001 [Citado 25 de noviembre 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>
14. J.R. Pinkham. Odontología pediátrica. 2da edición. México: I McGraw-Hill; 1996, cap. 12 pp177-180
15. Mussen PH, Conger, JJ. Kagan, J, et al: Child Development and Personality. 6ta. New York: Harper & Row; 1984
16. Piaget J: The construction of Reality in the Child. New York. Basic Books;1954
17. Levine MD. Carey WB. Crocker AC. Developmental Behavioral Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders; 1983
18. Ainsworth MDS. Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of attachment. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1967
19. Melo, MM. Estudio de la relación del compartimento del niño con la erupción dental: Beca de Iniciación Científica; 1995
20. Figueiredo- Ferelle- Issao. Odontología para el Bebé. Sao Paulo: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana; 2000 capítulo 2 p. 9-13

21. Dra. Amparo Pérez Borrego, Dra. María Victoria Guntiñas Zamora y Téc. Carelia González Labrada. Revista Cubana de Estomatología versión Online ISSN 1561-297X Rev cubana Estomatol v.39 n.1. Ciudad de La Habana ene.-abr. Hospital Pediátrico "William Soler" Facultad de Estomatología Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. [Internet] 2002 [Citado 1 diciembre 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000100004
22. Koch, Moderé Poulse Rasmussen. Odontopediatría, enfoque clínico. Buenos Aires: Medica-panamericana; 1994 pp226
23. Carranza A. Fermín, Newman Michael. Periodontología clínica. México: Mc Graw Hill- interamericana: 1994 pp274-275
24. Jeffrey A. Deán, David R. Abey, Ralph E. McDonald Odontología para niños y adolescentes. 9ed. Madrid: Mosby Elsevier
25. MC Downald, Avery. Odontología pediátrica y del adolescente. Sexta edición. Madrid: Mosby- Doyma; pp 439
26. Sapp, R Lewis, Eversole, P George, Wysockie. Patología oral y maxilofacial Contemporánea. 1da edición. Madrid España: Elseiver; 2000.
27. Carranza A. Fermín, Newman Michael. Periodontología clínica. México: Mc Graw Hill- interamericana; 1994 pp.274-275
28. [Internet] 2006 [Citado 27 de diciembre 2017] <http://laodontologia.blogspot.mx/2006/10/estomatitis-herptica.html>

29. Lingen MW. Head y neck. En: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC, eds. Robbins y Cotran. Base patológica de la Enfermedad. 8th ed. Philadelphia Pa: Saunders Elsevier; 2009 cap. 16
30. Sapp, R Lewis, Eversole, P George, Wysockie. Patología oral y maxilofacial Contemporánea. 2da edición. Madrid España: Elseiver; 2004. Pp 209-234
31. T. Solomon, P. Lewrhaite, D. Perera, MJ. Cardosa, P. McMinn, M.H ooi. Virology, epidemiology, pathofenesism and control od enterovirus 71. The lancet. Infectious disease 2010; Pp 778-790
32. Nicola C, Malpica R. Enfermedad de boca-mano-pie y virus Coxsackie. Reporte de un caso. Multiciencias; 2012; pp 300-304
33. Larralde M, Aristizábap A M. Enfermedad mano-pie-boca. Argent. Dermatol; 2005 pp 25-29
34. Susana Caballero. Enfermedad mano, pie y boca en los niños [Internet] 2016 [Consultado 29 de diciembre de 2017] Disponible en: <https://www.verdelive.com/noticias/enfermedad-mano-pie-boca/>
35. Boj JR, Catalá M, Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatria. La evolución del niño al joven adulto. 1ed Barcelona. España: Riapano; 2011. Pp 127, 135, 136
36. Alcántara González J, Martín Díaz RM. Revista Clínica Española. [Internet] 2012 [Citado 2 de enero de 2018] Disponible en: <https://medes.com/publication/74357>

37. Palmeri L. Enfermedades infecciosas. 3ra ed. Buenos Aires, Argentina: Hector Macchi; 2005. Pp. 896-897
38. Bascones Martínez A, Valero Marugán A, Carrillo de Albornoz Sainz A, Encinas Bascones A, Bascones Martínez. Afectación oral de las enfermedades comunes en la infancia con carácter exantemático. [Internet] 2005 [Citado 3 de enero de 2018] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n3/02.pdf>
39. [Internet] 2012 [Citado 3 de enero de 2018] Disponible en: <http://conpdepediatria.blogspot.mx/2012/09/la-herpangina-en-los-ninos.html>
40. Bascones Martínez A, Valero Marugán A, Carrillo de Albornoz Sainz A, Encinas Bascones A, Bascones Martínez A. Afectación oral de las enfermedades comunes en la infancia con carácter exantemático. [Internet] 2006 [Citado 5 de enero de 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000300002
41. [Internet] 2010 [Citado 7 de enero de 2018] Disponible en: http://estomatologiaonlinepb.blogspot.mx/2014_04_01_archive.html?view=snapshot
42. Vega, H. Pablo Lara. Mononucleosis infecciosa. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 2009, vol. 66, no 587, p. 73-77.
43. McCracken Phillips PL. Enfermedades infecciosas en pediatría. 22° ed. Argentina: Medica Panamericana; 1993

44. Edmond RT, Rowland KA. Atlas en color de las enfermedades infecciosas Gran Bretaña: Mosby; Pp 415
45. Mendoza Mesinas Israel. Mononucleosis [Internet] [Citado el 15 de enero de 2018] Disponible en: <http://slideplayer.es/slide/5418805/>
46. Rubin E, Farber L J. Patología fundamentos. México: Médica Panamericana; 1992 P. 605
47. Mononucleosis infecciosa [Internet] 2015 [Citado 15 de enero de 2018] Disponible en: <http://carlosralen.blogspot.mx/2015/05/mononucleosis-infecciosa.html>
48. Bernier L J. Tratamiento de las enfermedades orales. Argentina: Bibliográfica Omeba; 1962. Pág. 380
49. Sapp PJ, Eversole RL et al. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España: Harcourt; 2000 Pág. 393
50. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la Mononucleosis infecciosa catalogo maestro de guías de prácticas del IMSS. Publicado por CENETEC, Editor general, centro nacional de excelencia tecnológica en salud. [Internet] 2012 [Citado 25 de enero de 2018] disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/485_GPC_Mononucleosis/IMSS-485-11-GER_Munonucleosis_Infecciosa.pdf
51. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la escarlatina en niños catalogo maestro de guías de prácticas del IMSS. Publicado por CENETEC, Editor general, centro nacional de excelencia tecnológica en

- salud. [Internet] 2012 [Citado 25 de enero de 2018]http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/466-11_Escarlatina/IMSS-466-11_GRR_Escarlatina.pdf
52. Moreno S, Díaz Ortega JL, Hernández M, Sánchez M, Carrillo C. Boletín de práctica médica efectiva. Efectividad clínica en las enfermedades exantemáticas en la niñez. Noviembre 2006
53. Giorgia Andretti. La escarlatina es una enfermedad bacteriana. [Internet] 2016 [Citado 28 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.guiaparalospadres.es/la-salud/pediatria/12595-la-escarlatina-es-una-enfermedad-bacteriana/>
54. Tu pediatra 24H [Internet] [Citado 2 de febrero 2018] Disponible en: <http://tupediatra24horas.com/fiebre-escarlatina-detectarla-actuar/>
55. Henry k Silver. Manual de pediatría: México p.m.: Manual moderno; 1988
56. Section on Cardiology & Cardiac Surgery (Copyright © 2017 American Academy of Pediatrics)
57. Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud, Sarampión. [Internet] enero 2018 [Citado 5 de febrero 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/es/>
58. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de paciente pediátrico con sarampión catalogo maestro de guías de prácticas del IMSS. Publicado por CENETEC, Editor general, centro nacional de excelencia tecnológica en salud. [Internet] 2012 [Citado 5 de febrero de 2018] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/109_GPC_SarampionenPed/Sarampion_RR.pdf

59. Enfermedades exantémicas el sarampión [Internet] 2015 [Citado 10 de febrero de 2018] Disponible en: <http://medicusmeo.blogspot.mx/2015/03/enfermedades-exantematicas-parte-i-el.html>
60. Sarampión en los bebés y niños [Internet] 2017 [Citado 12 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.hijosconsalud.com/sarampion.html>
61. Katia Abarca V. Varicela: Indicaciones actuales de tratamiento y prevención. Rev Chil Infect, 21 (Supl 1): S20-S23 [Internet] 2004 [Citado 15 de febrero de 2018] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v21s1/art03.pdf>
62. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la varicela en pacientes pediátricos en el primer nivel de atención. [Internet] 2015 [Citado 17 de febrero de 2018] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/129_GPC_VARICELA/Issste_128_08_grr_varicela.pdf
63. Noticias ya [Internet] 2017 [Citado 2 de marzo 2018] Disponible en: <https://noticiasya.com/2017/02/21/utilizan-imagen-de-nino-con-varicela-para-post-falso-en-facebook/>
64. Elena Valbuena Fernández. Promoción de la salud y prevención de enfermedades en la etapa infantil. Universidad de Valladolid. Campus Palencia; junio 2013
65. Rogelia Perea Quesada. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo, educación XX1, número 004. Universidad Nacional de educación a

Distancia. Madrid, España [Internet] [Citado 8 de marzo de 2018]
Disponibile en: <http://www.redalyc.org/pdf/706/70600403.pdf>

66. Javier de la Fuente, María Cristina Sifuentes, María Elena Nieto,
Promoción y Educación para la Salud en Odontología. 1er edición. México:
Manual Moderno; 2014

67. Gasto en salud propuesta en 2017. Judith Senyacen Méndez Méndez,
[Internet] 2016 [Citado el 13 de marzo de 2018] disponible en:
<http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>