

*HALLAZGOS BUCALES CLINICOS EN NIÑOS
CON DESNUTRICION, ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL, DEL
MUNICIPIO DE POPTUN, DEPARTAMENTO DE
EL PETEN EN JULIO DE 1994*

Tesis presentada por:

JORGE ALBERTO TELLO MOTTA

*Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala que practicó el
Examen General Público previo a optar al título de:*

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Junio de 1996.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

<i>Decano:</i>	<i>Dr. Jorge Martínez Solares</i>
<i>Vocal Primero:</i>	<i>Dr. Eduardo Abril Gálvez</i>
<i>Vocal Segundo:</i>	<i>Dr. Angel Rodolfo Soto Galindo</i>
<i>Vocal Tercero:</i>	<i>Dr. Victor Manuel Campollo Zavala</i>
<i>Vocal Cuarto:</i>	<i>Br. Alejandro Palomo Cortez</i>
<i>Vocal Quinto:</i>	<i>Br. Sergio Juárez Paiz</i>
<i>Secretario:</i>	<i>Dr. Manuel Andrade Bourdet</i>

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

<i>Decano:</i>	<i>Dr. Jorge Martínez Solares</i>
<i>Vocal Primero:</i>	<i>Dr. Eduardo Abril Gálvez</i>
<i>Vocal Segundo:</i>	<i>Dra. Mirna Calderón Márquez</i>
<i>Vocal Tercero:</i>	<i>Dr. Miguel Arriaga Franco</i>
<i>Secretario:</i>	<i>Dr. Manuel Andrade Bourdet</i>

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por su ayuda, por permitirme la vida y haberme servido de guía en el camino recorrido.
- A Mis Padres: Lic. Jorge Luis Tello Alvarado y Lidia Antonieta Motta Bolaños de Tello, por brindarme su apoyo y cariño.
- A mis Hermanos: Adela María y Luis Alejandro.
- A mis Abuelos: Especialmente a María Teresa Alvarado (QEPD).
- A mis sobrinos: Pablo Andres y Sofía Daniela.
- A mis Tios, Primos, y demás familia.
- A la Familia Corado Tello: Quienes no pueden estar presentes en este acto pero que lo están en un lugar muy especial de mi pensamiento.
- A Mis Padrinos Profesionales: Lic. Jorge Luis Tello, Lic. Guillermo Alvarado y Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
- A mis Compañeros y amigos: Por su amistad y por todos los momentos compartidos durante este lapso de vida.
- A Usted: Con agradecimiento, porque la alegría compartida es una alegría doble.

DEDICO ESTA TESIS

A MI PATRIA GUATEMALA.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

A MIS CATEDRATICOS, especialmente a los Doctores Carlos Alvarado, Fernando de León, Manuel Andrade y Otto Manuel España.

A MIS PROFESORES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA.

A MIS AMIGOS, especialmente al Dr. Erick Pacheco.

A MIS ASESORES.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someterme a vuestro criterio y consideración mi trabajo de tesis titulada: "HALLAZGOS BUCALES CLINICOS EN NIÑOS CON DESNUTRICION, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN, DEPARTAMENTO DEL PETEN, EN JULIO DE 1994", conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Mi especial agradecimiento al Dr. Miguel Arriaga y Dra. Mirna Calderón por su interés, apoyo y colaboración en la realización en el presente estudio.

A ustedes miembros del Honorable Tribunal Examinador, doy muestras de mi alta consideración y respeto.

ÍNDICE

	PÁGINA
<i>Sumario</i>	1
<i>Introducción</i>	2
<i>Planteamiento del Problema</i>	3
<i>Justificación</i>	6
<i>Marco Teórico</i>	7
<i>Objetivos</i>	57
<i>Metodología</i>	61
<i>Presentación de Resultados</i>	68
<i>Análisis y Discusión de Resultados</i>	88
<i>Conclusiones</i>	89
<i>Recomendaciones</i>	90
<i>Limitaciones</i>	91
<i>Referencias Bibliográficas</i>	92
<i>Anexo:</i>	
- <i>Desarrollo de la dentición humana</i>	95

SUMARIO

El presente trabajo contiene los resultados de un estudio sobre los hallazgos bucales clínicos en niños con diagnóstico de desnutrición, de ambos sexos, atendidos en el Centro de Bienestar Social del municipio de Poptún, departamento del Petén.

Se establecieron los hallazgos bucales clínicos, sus características, la región de la cavidad bucal en donde se presentaron, el sexo y su distribución por grado de desnutrición; determinando su frecuencia en niños con diagnóstico de desnutrición.

Previo a la recolección de datos se realizaron 2 sesiones de calibración con el fin de unificar criterios clínicos en el diagnóstico de los diferentes hallazgos bucales clínicos.

Se elaboró una hoja de datos (ficha clínica), para facilitar y anotar los diferentes hallazgos bucales clínicos en las diversas regiones anatómicas del aparato estomatognático.

La población examinada con diagnóstico de desnutrición fue de 8 niños de los cuales 6 (75%) presentaron Desnutrición grado I, 1 (12.5%) presentó Desnutrición grado II y 1 (12.5%) presentó Desnutrición grado III. Pudiéndose comprobar que la palidez, la resequedad y las fisuras labiales en bermellón son los hallazgos clínicos más importantes que se presentaron y la región más afectada fueron los labios. En piezas dentarias fueron la hipoplasia y la erupción retardada los hallazgos. No hubo diferencias significativas en la distribución de los hallazgos clínicos según sexo y grados de desnutrición.

Se presentaron además las conclusiones y recomendaciones que se han considerado necesarias.

INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país en vías de desarrollo y uno de sus problemas es la desnutrición, la cual es una de las tres condiciones que presenta los mayores índices de morbilidad y mortalidad. Se ha reportado de ciertos hallazgos bucales clínicos en la literatura (1), tanto nacional como extranjera; por tal motivo este proyecto pretende establecer la presencia y caracterización de los hallazgos bucales clínicos. El mismo se dirigió específicamente a niños con diagnóstico de desnutrición atendidos en el Centro de Bienestar Social (C.B.S.) del Municipio de Poptún del departamento del Petén, durante el año 1994, el cual se encuentra ubicado en el barrio Santa Marta de ese municipio.

A los niños comprendidos dentro de la muestra se les practicó un examen clínico de la cavidad bucal para determinar el apareamiento de los hallazgos bucales clínicos; registrándolos en la ficha clínica correspondiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Odontólogo general guatemalteco que se desenvuelve en un medio con características propias de los países en vías de desarrollo, se encuentra con variables como que parte de la población a la que atiende, tiene su ingesta alimentaria reducida y por ende sufre diferentes grados de desnutrición. Esta puede ser consecuencia de una inadecuada ingesta de alimentos, tanto cualitativa como cuantitativa o de una absorción deficiente. El escaso aporte de alimentos, los hábitos dietéticos incorrectos, los gustos caprichosos y factores emocionales pueden limitar la ingesta. Las alteraciones en la nutrición están vinculadas a los trastornos de las funciones de la boca y del aparato estomatognático en su totalidad o viceversa; al verse alterada la masticación, al haber dientes dañados o escasos que no permiten ni la adecuada trituración maceración de los alimentos, ni su satisfactoria combinación con la saliva. (Ref. Dres. Menéndez, Poméz y González). Por lo tanto, en el ejercicio de su práctica diaria puede encontrarse con hallazgos bucales clínicos que podrían asociarse a cualquier tipo de desnutrición.

Se estudió a la población del Centro de Bienestar Social (C.B.S.) del municipio de Poptún, Petén. Puesto que en la literatura se ha establecido que la población mayormente afectada es la comprendida entre los 0 y 5 años de edad (15,28). Siendo la principal interrogante de esa investigación: Existen y cuales son los hallazgos bucales clínicos en niños desnutridos, que son atendidos en el Centro de Bienestar Social del municipio de Poptún, Petén?

Este estudio se limitó a la población de los niños con diagnóstico de desnutrición del Centro de Bienestar Social del

Municipio de Poptún, Departamento del Petén durante el año de 1994.

CONCEPTOS DEL PROBLEMA

- **DESNUTRICIÓN:** *Cualquier trastorno relativo a la nutrición. Puede deberse a una dieta desequilibrada, insuficiente o excesiva o a un defecto de la absorción, la asimilación o la utilización de los alimentos (1).*

- **HALLAZGOS BUCALES CLÍNICOS:** *Son hallazgos en las estructuras de la cavidad bucal que se han tipificado con cambios de forma, tamaño, coloración en niños con diagnóstico de desnutrición en el C.B.S. del municipio de Poptún, Petén.*

- **NIÑOS GUATEMALTECOS DESNUTRIDOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DE POPTUN, PETÉN:** *Los niños desnutridos que son atendidos en el Centro de Bienestar Social de Poptún, Petén.*

JUSTIFICACIÓN

- Siendo el odontólogo, miembro del equipo de salud de nuestro país, es importante que sepa relacionar los Hallazgos Bucales Clínicos presentes en una persona desnutrida, para poder referirlos con las personas capacitadas y darles la atención que requieren.

- La desnutrición es una entidad con posibles manifestaciones clínicas en cavidad bucal y es necesario que el estomatólogo las conozca para poder diagnosticar y orientar a la persona hacia los profesionales que puedan ayudarle a resolver este padecimiento; por lo tanto es necesario proporcionar información en la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sobre desnutrición en el país para ampliar los conocimientos del odontólogo general guatemalteco, a través del enriquecimiento del pensum de estudios.

- Es importante saber que existe y debido a las relaciones entre desnutrición, enfermedades estomatológicas y procesos de salud, es necesario que se oriente a las instituciones donde se realizó éste estudio a :
 - Incrementar terapia para el control de caries.
 - Cuidados de salud bucal en la población existente del Centro de Bienestar Social de Poptún, Petén.
 - Incrementar terapia para flúor.

varias causas, sin embargo sí puede ser indicativo de desnutrición sobre todo cuando se evalúa a niños desnutridos.

Sobre las deficiencias nutricionales específicas que pueden originar alteraciones clínicas en las estructuras de la cavidad bucal se mencionó a las proteínas, carbohidratos, minerales, vitaminas y grasas algunas de las cuales no son comunes y no se han encontrado en humanos(21).

En Guatemala una de las causas de ingresos a hospitales del grupo infantil (1 a 6 años) es la desnutrición (15,28).

DESNUTRICIÓN

La desnutrición, desde una perspectiva mundial, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia(1).

Anomalías metabólicas pueden a su vez causar desnutrición. Los requerimientos de nutrientes esenciales pueden verse incrementados durante el estrés y la enfermedad, así como durante la administración de antibióticos y otros medicamentos anabólicos y catabólicos(1).

La desnutrición protéico-energética (DPE) se presenta cuando la dieta no puede satisfacer las necesidades que tiene el cuerpo de proteínas y energía o de ambas. La severidad va desde la pérdida de peso o retardo en el crecimiento hasta distintos síndromes clínicos frecuentemente asociados con la deficiencia de minerales y vitaminas(11).

La deficiencia de energía y proteínas en la dieta usualmente se presentan juntas, pero algunas veces una de ellas predomina(14).

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que la ingestión inadecuada de alimentos produce pérdida de peso y retardo en el crecimiento y cuando es severa y por tiempo prolongado, conduce al desgaste u emaciación corporal. Tomó mucho más tiempo comprender la naturaleza de las formas edematosas de la DPE, probablemente debido a que se les podría encontrar entre

niños que no estaban sufriendo de inanición y en familias de buena posición socioeconómica[11].

El hambre y la desnutrición obviamente existen también en países industrializados, pero el número de casos no llega a ser muy grande y además regularmente se les ignora como clases marginadas que no se han integrado totalmente al sistema de vida de esos países y que se mantienen como minorías de inmigrantes o grupos raciales apartados [11].

DESNUTRICIÓN PROTEICO-ENERGÉTICA

Esta se presenta cuando no se satisfacen las necesidades de proteínas y energía que el cuerpo necesita. Se puede manifestar de muchas formas, dependiendo de la intensidad de la deficiencia de proteína o energía, de la severidad y duración de ésta, la causa de la deficiencia, si está asociada con otra enfermedad o de la edad del paciente [9].

En todo el mundo millones de niños están expuestos a varios grados de desnutrición protéico-energética. Es un problema sanitario de proporciones gigantescas que causa un alto índice de enfermedad y morbilidad infantil[28].

La mortalidad en niños menores de un año es 5 a 10 veces más elevada en países en vías de desarrollo que en los países desarrollados y en el grupo etario de 1 a los 4 años, de 10 a 80 veces más alta[28].

Origen:

Puede ser primaria cuando se debe a una ingestión inadecuada de alimentos o secundaria cuando es debida a otras enfermedades que conducen a una baja ingesta de alimentos, una absorción o utilización inadecuada de nutrientes, a mayores requerimientos o a un aumento en la pérdida de nutrientes.

La DPE con mayor frecuencia se presenta cuando una

infección impone de demandas adicionales o induce a mayores pérdidas de nutrientes y cuando las condiciones de vida demandan mayor gasto de energía. Esta se presenta principalmente en infantes y niños preescolares.

HIDRATOS DE CARBONO:

Las plantas son fuentes fundamentales de hidratos de carbono. Los carbohidratos son parte de compuestos celulares y tisulares tan importantes como las mucoproteínas y nucleoproteínas. Son también el punto de partida para la síntesis de varios ácidos grasos y aminoácidos[17].

La manifestación de la desnutrición protéico-energética más común es el Marasmo[17], que es la forma más común de D.P.E. severa en niños menores de un año.

PROTEÍNAS Y AMINOACIDOS

Las proteínas son los componentes estructurales básicos de todo el organismo y la parte mayor de todas las enzimas, hormonas y material genético. Están compuestas de Carbono, Hidrógeno, Nitrógeno, Oxígeno y Azufre, Fósforo y Hierro. Entre las proteínas más conocidas se pueden mencionar el colágeno, proteína fibrosa del tejido epitelial, la hemoglobina o proteína de los glóbulos rojos encargada del transporte de oxígeno, las enzimas, etc. Las proteínas son moléculas complejas formadas por aminoácidos (existen veintidós aminoácidos). La síntesis de proteínas se produce tan solo cuando hay suministro adecuado de los citados aminoácidos[17].

ALTERACIONES DEL METABOLISMO PROTEICO:

Todos los tejidos vivos, animales o vegetales, contienen proteínas. Las proteínas constituyen el grupo más importante de los alimentos. La manifestación más común de la alteración

del metabolismo protéico es el KWASHIORKOR, el cual se desarrolla en un niño después de haber sido destetado a la edad de un año, más o menos, y a raíz del nacimiento del siguiente niño en la familia. Se le da una alimentación que consiste sobre todo en atoles o agua azucarada. Antes de ser destetado recibe en la leche materna las proteínas y los carbohidratos necesarios para el crecimiento; mientras que la nueva dieta, basada en alimentos que contienen almidones, tales como algunos tubérculos o granos los cuales proporcionan las calorías adecuadas en forma de carbohidratos, pero su contenido protéico es cualitativo y cuantitativo inadecuado[28].

Síntomas generales:

Retraso en el crecimiento y del desarrollo, apatía mental, edema, estrago muscular, despigmentación del pelo y de la piel, piel escabrosa, hipoalbuminemia, infiltración grasosa reversible del hígado, atrofia de los acinos del páncreas con reducción de la actividad enzimática del jugo duodenal, diarrea y anemia moderada, se asocia una severa deficiencia de vitamina A, lo que causa ceguera permanente.

Incidencia: Se da en niños de 1 a 4 años.

Control: La prevención depende de la solución que se le dé a los factores socio-económicos que originan la enfermedad. Un programa doble, adoptado para satisfacer las necesidades individuales de la sociedad, se divide en:

- a) Educación en lo que concierne al mejoramiento de las fuentes de proteína dietética (leche en polvo, legumbres, pescado).
- b) Motivación para proporcionar alimentos adecuados y medios para conseguirlos[28].

No han sido descritas lesiones orales específicas

asociadas a una deficiencia proteínica generalizada. No obstante, se han estudiado en animales de experimentación los efectos de la privación de proteínas sobre los dientes y sus tejidos de sostén.

Hallaron una disminución del tamaño de los maxilares en los animales, privados de proteína en comparación con los controles bien alimentados. También observaron menos osteocemento en las raíces y una degeneración de los tejidos conjuntivos y osteoporosis de hueso alveolar[28].

PROTEÍNAS Y CARIES

Aunque la existencia de una correlación definida entre consumo de proteína y caries no ha sido jamás demostrada, en estudios con animales de laboratorio ha sido posible reducir en forma significativa la incidencia de caries mediante la adición de caseína (proteína de la leche) a una dieta cariogénica[28].

CAUSAS DE LA DPE:

A.- Factores Sociales y Económicos: En los países en vías de desarrollo la pobreza es un factor muy importante ya que por consecuencia de ella existe falta de medios para producir y comprar alimentos, malas condiciones sanitarias, hacinamiento y mal cuidado de los niños.

La ignorancia puede acompañar a la pobreza y ser causa de DPE, ya que los niños e infantes son alimentados de manera inadecuada.

Algunos factores culturales y sociales que imponen tabúes y restricciones sobre algunos alimentos, la migración de personas que viven en el área rural hacia áreas urbanas pobres puede ayudar a que se produzca la DPE.

B.- Factores Biológicos: Durante el embarazo es muy importante la alimentación de la madre ya que el estar

desnutrida aumenta las probabilidades de que el niño al nacer presente bajo peso.

Las consecuencias de esta desnutrición intrauterina son más serias al combinarse con una desnutrición post-parto ya que los requerimientos de alimentos en el recién nacido son altos para poder compensar el acelerado desarrollo de éste, y como consecuencia de esto se presenta la DPE.

Las enfermedades infecciosas también contribuyen a que se presente la DPE; entre éstas tenemos las diarreicas, sarampión, infecciones respiratorias y otras que van acompañadas de anorexia, vómitos, disminución en la absorción intestinal y/o aumento de procesos catabólicos[3]. Por lo tanto, hay una disminución en la ingestión de alimentos, aumento de la pérdida de nutrientes y aumento en los requerimientos metabólicos y a consecuencia de esto se puede producir la DPE.

C.- Factores Ambientales: El hacinamiento y las malas condiciones sanitarias pueden producir infecciones frecuentes con consecuencias nutricionales perjudiciales, esto es más frecuente en niños pequeños.

D.- Edad del Paciente: La DPE puede afectar a cualquier persona de cualquier edad pero es más frecuente en recién nacidos y principalmente en aquellos con bajo peso al nacer.

Las mujeres embarazadas y las que están dando de lactar son vulnerables a la DPE ya que el aumento en los requerimientos nutricionales no es compensado por un aumento en la ingesta de nutrientes debido a diversos factores, tales como náuseas al inicio del embarazo, económicos o culturales [9].

CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN PROTEINICO-ENERGÉTICA

INTENSIDAD

DURACIÓN

DEFICIENCIA

Leve	Aguda	Energía
Moderada	Crónica	Proteína
Severa	Ambas	Ambas

LEVE Y MODERADA:

La principal característica clínica de la DPE, leve y moderada, es la pérdida de peso. Además puede haber disminución de tejido adiposo subcutáneo. Cuando la DPE es crónica, los niños muestran cierto grado de retraso en su crecimiento en términos de peso (Emaciación) y talla (baja estatura). Los niños de poblaciones con prevalencia alta o emaciación de DPE muestran ganancia de peso muy lentas. Pueden haber manifestaciones inespecíficas, tales como un patrón de vida más sedentario, episodios frecuentes de diarrea y apatía, falta de ánimo y períodos cortos de atención (1).

SEVERA:

El diagnóstico de DPE severa se basa principalmente en la historia alimenticia y en las características clínicas. El marasmo usualmente está asociado con una restricción o escasez severa de alimentos, una semiiniciación prolongada, o la administración irregular de alimentos a niños pequeños. El KWASHIORKOR está asociada a una ingesta baja de proteínas de buena calidad nutricional. La infección y la diarrea crónica o recurrente son comunes en ambos tipos de desnutrición severa.

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL MARASMO:

Inicialmente, el niño deja de ganar peso y luego empieza a perderlo hasta llegar a su estado de emaciación, con pérdida de la turgencia de la piel (se adquiere un aspecto arrugado) y desaparición de la grasa laxa subcutánea. El tejido adiposo de las mejillas es el último en desaparecer y el niño presenta

una cara relativamente normal durante algún tiempo antes de consumirse y marchitarse. El abdomen puede estar distendido o plano y llegar a verse marcas de los intestinos. Se atrofian los músculos con la consiguiente hipotonía. Puede aparecer edema.

La temperatura puede ser inferior a lo normal, el pulso es lento y el metabolismo basal tiende a disminuir. Al principio el niño puede encontrarse irritable, pero después se halla apático y pierde el apetito. Suele estar estreñido, aunque puede aparecer la denominada diarrea de inanición (deposiciones escasas y frecuentes con contenido mucoso).

DEFICIENCIAS DE MINERALES

Como todavía no se ha llegado a identificar una serie de elementos esenciales, la mejor forma de suministrarlos después de la lactancia es la dieta variada. Sólo la leche humana puede proporcionar todos los elementos esenciales durante mucho tiempo. Algunos alimentos básicos se deben ingerir diariamente, mientras otros se almacenan en el organismo y se puedan suministrar en forma periódica[3].

La mayor parte de la materia viva está formada de once elementos, todos ellos pertenecen a la parte más baja de la tabla periódica (H, C, N, O, Na, Mg, P, S, Cl, K, Ca). Además de estos, existen minerales esenciales que se encuentran en cantidades mínimas F, Si, Cr, Mn, Fe, Co, Ni, Zn, Mo, Se, I. Existe la posibilidad de que se presenten diferencias de estos minerales de traza con el uso de alimentación enteral y parenteral. Los minerales esenciales para la vida actúan como defactores de enzimas y como organizadores de las estructuras moleculares de la célula por ejemplo la mitocondria y su membrana celular. La biodisponibilidad de los minerales traza se ve afectada por el estado fisiológico de la persona

(factores intrínsecos), así como también por la disponibilidad dietética (factores intrínsecos).

ZINC:

Es parte intrínseca de por lo menos 110 metaloenzimas y otros componentes celulares y es esencial para la síntesis de proteína, ADN y ARN. El Zinc se absorbe en el intestino delgado. Las concentraciones más altas están en la próstata, la piel, cerebro, coroides, hígado, páncreas, hueso y sangre y en esta aparece el 80% en los eritrocitos, 16% en el plasma, 3% en leucocitos y el 1% en plaquetas. El Zinc se excreta principalmente por las heces, pero en la orina se excretan por pequeñas cantidades entre (4.0 y 12.0 mol en 24 horas).

Síndrome de deficiencia:

Se ha descrito en forma aguda y crónica, en Egipto en enanismo hipogonadal en los varones se acompaña de deficiencia de Zinc y pobreza proteínica dietética. Además, estos niños suelen comer arcilla, la que puede ligarse al Zinc haciéndolo indisponible para la absorción.

COBRE:

El cobre se absorbe en el estómago y duodeno proximal mediante la formación de complejos con aminoácidos. Cuando hay un exceso intraluminal de micronutrientes como zinc o calcio, se reduce la absorción de cobre. La función mejor conocida del cobre es su efecto en la eritropoyesis, es esencial en la formación de hemoglobina, es necesario en la formación de colágena para el funcionamiento del sistema nervioso central y para la pigmentación de la piel.

Es secretado en la bilis como un metal complejo, hay pérdida adicional en la orina y saliva. Las concentraciones

más altas se encuentran en el hígado, cerebro, corazón, bazo, riñones y sangre.

Síndrome de deficiencia:

Hay hipocupremia en algunos trastornos hereditarios como la enfermedad de Wilson, síndrome de pelo de Menkes e hipoceruloplasminemia familiar. También puede encontrarse en la disminución de la ingestión de cobre, como la nutrición parenteral, como la mala absorción o el aumento de excreción que acompaña a la enteropatía perdedora de proteínas, el síndrome nefrótico, fibrosis quística y otros casos de la mala absorción como la enfermedad celiaca y el esprue.

MANGANESO:

Es un oligoelemento esencial para la vida. Se encuentra en cantidades de 12 a 20 mg en el adulto promedio. La máxima absorción se lleva a cabo en el duodeno mediante un mecanismo de transporte desconocido el manganeso se une a la transmanganina, una globulina beta, específica de transporte. El manganeso se concentra en los tejidos ricos en mitocondrias y está distribuido ampliamente en el cuerpo con concentraciones máximas en cerebro, riñones, páncreas, hueso e hígado. Se excreta principalmente en el hígado por la bilis. El manganeso es un activador de muchas enzimas, pero sólo se conoce una metalenzima, la piruvato carboxilasa, parece que el manganeso interviene íntimamente en la síntesis de proteína, ADN.

Deficiencia:

Incluye las siguientes manifestaciones: trastornos esqueléticos, función reproductiva anormal, ataxia, convulsiones y anomalías del metabolismo de las grasas;

frecuentemente complica la desnutrición proteínico-energética y se considera que aumente la morbilidad(1).

CROMO:

Es un oligoelemento esencial para el mantenimiento de la concentración normal de glucosa en sangre. Se encuentra en la levadura, carne y grano. El cromo forma complejos con la nicotiamida para crear el factor de tolerancia a la glucosa. Este factor actúa como un facilitador para que la insulina reaccione en los sitios receptores de los tejidos sensibles a la insulina.

Síndrome de Deficiencia:

Se caracteriza por alteración en la tolerancia a la glucosa, encefalopatía y neuropatía.

SELENIO:

La selenocisteína en la enzima glutatión peroxidasa es importante en la protección de los lípidos en la membrana celular, proteínas y ácidos nucleicos contra el daño por oxidación. Es probable que dependa del aporte de otros nutrientes como zinc, cobre, magnesio, hierro y también del aporte de otras sustancias antioxidantes como la vitamina E y C.

Síndrome de Deficiencia:

La enfermedad de Keshan es un síndrome de cardiomiopatía en China que mejora cuando se suministra vía oral el selenio. Puede tener responsabilidad inmune, particularmente función fagocítica. Un aumento modesto de selenio en la dieta o en combinación con vitamina E activa formación de anticuerpos(1).

MAGNESIO:

Es de gran importancia fisiológica, ocupa el segundo lugar después del potasio, como el catión intracelular más abundante. Se obtiene de los vegetales verdes, carne y pescado. Normalmente se absorbe 35 a 40% del magnesio de la dieta, principalmente en el intestino delgado medio e inferior. Es un elemento esencial en 300 enzimas diferentes y es necesario en la permeabilidad de la membrana celular, excitabilidad, síntesis de proteínas, ácidos nucleicos y grasa, contracción muscular y otras funciones.

Síndrome de Deficiencia:

En casos de mala absorción y estados carenciales, su expresión clínica puede ser la tetania. Se suele asociar a la hipocalcemia y a la hipopotasemia.

VANADIO:

Su análisis es difícil. Deprime las cifra plasmáticas de colesterol, de la ATPasa de sodio y potasio, miosina, de la ATPasa de calcio, adenilatocinasa y fosfofructocinasa y estimula la adenilciclasa.

COBALTO:

El cobalto es un componente de la vitamina B12 (cobalamina) y de la eritropoyética, el hombre no lo utiliza para la síntesis de la cobalamina. Este elemento, se absorbe y se excreta con facilidad.

NIQUEL:

Se encuentra en el suero en tres formas: un complejo de histamina y níquel, níquel unido a la albúmina y níquel unido a la alfa2-macroglobulina. Las concentraciones más altas se encuentran en los riñones y orina; con la administración

prolongada, el metal se acumula en los pulmones.

SILICIO:

El silicio se encuentra en altas concentraciones en los tendones, aorta y tejidos oculares. Es necesario para la calcificación y crecimiento óseo de los mamíferos(6).

CALCIO:

Se absorbe en los primeros tramos del intestino delgado. Ayuda a este proceso la vitamina D, el ácido ascórbico, la lactosa, el medio ácido y lo dificultan los excesos de ácido oxálico en la dieta. Se deposita en las trabéculas óseas y se mantiene en equilibrio dinámico con los tejidos orgánicos gracias a la acción de la hormona paratiroidea y la triocalcitocina. Su función es esencial para la estructura ósea y dental, para la contracción muscular, irritabilidad nerviosa, coagulación de la sangre, actividad cardíaca, producción de leche.

Síndrome de Deficiencia:

Mala mineralización ósea y dental, osteomalacia, osteoporosis, raquitismo y detención del crecimiento.

CLORUROS:

Efectúa sus funciones en la presión osmótica, equilibrio ácido base, ácido clorhídrico en jugo gástrico. Fácilmente absorbido, se excreta del 92% de la ingesta fundamentalmente por la orina y algo por heces y sudor. Representa las dos terceras partes de los iones plasmáticos. En los líquidos intracelular y extracelular, ingesta y gasto similares a los del sodio.

Síndrome de Deficiencia:

Vómitos prolongados o la sudoración excesiva puede causar alcalosis hipoclorémica.

FLÚOR:

Forma parte de la estructura ósea y dental, se retiene cuando la ingesta es superior a 0.6mg/día, se excreta por la orina y el sudor. Se deposita en los huesos en forma de fluorapatita (equilibrio dinámico).

Síndrome de Deficiencia:

Propensión a la caries dental.

YODO:

Constituyente de la tiroxina (T4) y la triyodotironina (T3). Fácilmente absorbido en el intestino, circula en forma de yoduros orgánicos e inorgánicos, se concentra selectivamente en la glándula tiroides, se ioniza rápidamente y se incorpora a un complejo denominado tiroglobulina. Las enzimas proteolíticas liberan la tiroxina y la triyodotironina a la corriente sanguínea. Se excreta por la orina.

Síndrome de Deficiencia:

Bocio simple, cretinismo endémico.

HIERRO:

Forma parte de la estructura de la hemoglobina y la mioglobina para el transporte de O₂ y CO₂, enzimas oxidantes como citocromo c y la catalasa.

Se absorbe en forma ferrosa según las necesidades orgánicas, con ayuda del jugo gástrico y el ácido ascórbico.

Su absorción se ve dificultada por las fibras, el ácido fítico y la esteatorrea.

Se almacena en el hígado, el bazo, la médula ósea y el

riñón; se forma la ferritina y hemosiderina, se conserva y se reutiliza cuidadosamente. Pérdidas mínimas por sudor y orina, aproximadamente el 90% de la ingesta se excreta por las heces.

Síndrome de Deficiencia:

Anemia hipocrómica y microcítica.

MOLIBDENO:

Es un componente enzimático, como la xantina oxidasa, para la conversión en ácido úrico y la movilización del hierro de la ferritina hepática, aldehído oxidasa hepática.

Fácilmente absorbido por el intestino, se excreta por la orina y algo por la bilis.

Síndrome de Deficiencia:

No se ha observado alguno en el hombre.

FÓSFORO:

Es un constituyente de los huesos y los dientes, también de la estructura citoplasmática y nuclear de todas las células. Ayuda en el equilibrio ácido base, tiene posición clave en las transformaciones de energía y la transmisión de impulsos nerviosos, metabolismo de las proteínas, carbohidratos y grasas.

Síndrome de Deficiencia:

El niño en fase de crecimiento rápido y de bajo peso al nacer con una ingesta escasa de P y Ca, puede tener debilidad muscular y puede presentar raquitismo.

POTASIO:

Ayuda en la contracción muscular, conducción de impulsos nerviosos, presión osmótica intracelular y equilibrio hídrico,

frecuencia cardíaca. Es fundamentalmente intracelular, la absorción es intestinal, la excreción es 80% en la orina, algo por el sudor y heces.

Síndrome de deficiencia:

En caso de inanición o en cuadros patológicos como la diarrea se puede presentar acidosis diabética, exceso de ACTH, debilidad muscular, anorexia, náuseas, distensión abdominal, irritabilidad nerviosa, somnolencia, confusión, taquicardia, su deficiencia potencializa los efectos del sodio.

SODIO:

Actúa en la presión osmótica, equilibrio ácido-base, equilibrio hídrico, excitación muscular y nerviosa. Es fácilmente absorbido en el intestino, se excreta por la orina y se absorbe en los primeros tramos del intestino delgado.

Síndrome de deficiencia:

Náuseas, calambres musculares, deshidratación.

AZUFRE:

Es un constituyente de todas las proteínas celulares como la cocarboxilina, melanina, mucopolisacáridos de las secreciones mucosas, humor vítreo, líquido sinovial, tejidos conjuntivos, cartilago, heparina, insulina. Es parte del metabolismo de los tejidos nerviosos, como los mecanismos de desintoxicación, está en el metabolismo tisular en forma de grupos SH, en la co-enzima A, la cistationina y el glutati6n.

Las únicas fuentes utilizadas son la cistina y la metionina; el organismo no puede utilizar las formas inorgánicas por lo que se excretan por la orina y la bilis como sulfatos inorgánicos o sulfatos etéreos.

Síndrome de deficiencia:

Desconocidos, el crecimiento insuficiente por carencia proteica puede deberse a una deficiencia de aminoácidos azufrados(3).

DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS

Una vitamina por lo regular se define como una sustancia orgánica que no es fabricada por el cuerpo, soluble en grasa o en agua, y de la que se necesitan pequeñas cantidades para que actúen como un cofactor en distintas reacciones metabólicas; se refiere al hecho de que la sustancia que designa es esencial para la vida.

Las avitaminosis se deben a la ausencia de cantidades pequeñísimas de materiales biológicamente importantes más que a su presencia (agentes infecciosos).

Las vitaminas se dividen en liposolubles (A, D, E) e hidrosolubles (K, C, Complejo B).

VITAMINA A:

La deficiencia de vitamina A es caracterizada por cambios en tejidos epiteliales, particularmente los ojos y tracto respiratorio y susceptibilidad aumentada a la infección.

Los requerimientos no son influenciados por la actividad física o el clima pero cualquier condición patológica que interfiera con la absorción de grasa impide la absorción de vitamina A. Las infecciones pueden aumentar la necesidad de vitamina A.

Manifestaciones clínicas:

El primer síntoma es la ceguera nocturna (Nictalopia), esto se debe a que los bastones retinales que son los responsables de la visión en poca luz contienen un pigmento sensible a la luz, la rodopsina que es un aldehído de la

vitamina A que se descompone a retinina cuando la luz llega a un bastón. Con deficiencia de vitamina A no hay regeneración de rodopsina. Es característica la invasión del tejido pulpar porque hay una alta tasa de proliferación celular. El paciente sufre xeroftalmia, que es la resequedad del único epitelio transparente del cuerpo que está expuesto al aire y luz.

El intestino delgado es el principal sitio de conversión de las formas activas del caroteno a vitamina A y su absorción. Por eso al estar el intestino afectado (esprue, enfermedad fibroquística del páncreas, linfomas) es común que ocurra hipovitaminosis A. También el hígado que contiene el 90% del almacén de vitamina A al ser afectado puede traer este tipo de consecuencias.

Diagnóstico:

La demostración de una anormal adaptación a la obscuridad es un dato importante para el diagnóstico de deficiencia de vitamina A.

VITAMINA D:

Por lo común se le denomina vitamina antiraquítica, aunque diversos análogos bioquímicos tienen actividades similares, por ejemplo la vitamina D2 y la D3.

La deficiencia de vitamina D puede presentar las siguientes enfermedades: Raquitismo, Osteomalacia, Raquitismo resistente a la vitamina D, Raquitismo renal, Hipofosfatasia, Pseudohipofosfatasia.

VITAMINA E:

La actividad de la vitamina E deriva de una serie de tocoferoles y tocotrienoles de la dieta. La función más ampliamente aceptada es como antioxidante: protege los ácidos

grasos polinsaturados de las membranas y otras estructuras celulares contra el ataque de radicales libres.

Los productos con mayor contenido de vitamina E: soya, maíz, semilla de algodón, germen de trigo, etc.

La deficiencia clínica de vitamina E se encuentra dentro del marco de una mala absorción grave. La deficiencia más grave se acompaña de un defecto genético, en la cual hay falla tanto de la absorción intestinal como del transporte en el suero.

Manifestaciones clínicas:

Hay anomalías en la vía espinocerebelosa y columna posterior, con arreflexia, oftalmoplejia y trastornos de la marcha, de la propiocepción y de la vibración; en niños prematuros se acompaña de anemia hemolítica, trombocitosis, edema hemorragia intraventricular y mayor riesgo de fibroplasia retrolenticular y displasia broncopulmonar, los cuales se relacionan con toxicidad por oxígeno.

Diagnóstico:

Suele hacerse mediante la medición de cifras plasmáticas de vitamina E(6).

VITAMINA K:

Está asociada importantemente con los sistemas intrínseco y extrínseco de la coagulación, especialmente con la síntesis del factor II (protrombina), además de los factores VII, IX y X. La deficiencia de esta vitamina trae como consecuencia que los polipéptidos formados no tienen propiedades de coagulación. Si la vitamina K no se encuentra en cantidades adecuadas, los niveles de plasma de los factores dependientes de ésta caen y ocurren desórdenes hematológicos. Una dieta normal incluye cantidades suficientes de vitamina K, la

deficiencia de ésta no se puede atribuir solamente a la dieta inadecuada. Las bacterias del tracto gastrointestinal sintetizan relativamente mucha vitamina K, lo que ayuda al suplemento corporal. Se asocia la administración oral de antibióticos con depresión de la vitamina K y desórdenes hemorrágicos. Los derivados de la cumarina, al igual que los salicilatos, tienen un efecto antagonista a la vitamina K.

Diagnóstico:

Se establece demostrando que hay un tiempo de protrombina prolongado y que éste es más corto al administrar la vitamina K.

VITAMINA C (ÁCIDO ASCORBICO):

El ácido ascórbico cumple una función en las reacciones de oxidación y en la transferencia del ion hidrógeno. Es un potente agente reductor o antioxidante, en particular en el metabolismo de las vitaminas y lípidos.

La mejor fuente dietética de ácido ascórbico son las frutas cítricas y vegetales verdes (brócoli, pimiento verde, jitomates, etc.) La cocción destruye la vitamina. En la leche, carnes y cereales se encuentra en cantidades menores. El ácido ascórbico es sensible al calor y se destruye con los álcalis, también se disminuye el contenido de vitamina con el almacenamiento prolongado(6).

Las personas de escasos recursos del área urbana, particularmente los ancianos, tienen mayor riesgo de deficiencias dietéticas de vitamina C porque la privación económica impide que puedan obtener las frutas más ricas.

Manifestaciones Clínicas:

En las etapas tempranas, los signos y síntomas son inespecíficos: malestar, letargo y debilidad. De uno a tres meses después del inicio, se quejan de disnea y dolor de

huesos y articulaciones debido a hemorragias debajo del periostio. Las hemorragias perifoliculares indican deficiencia avanzada.

En la deficiencia progresiva de vitamina C hay equimosis y púrpura. La inflamación y hemorragia de las encías son características de deficiencia avanzada. La palidez y anemia pueden ser resultado de la hemorragia prolongada o de deficiencia e asociación de ácido fólico(6).

En niños hay trastornos de crecimiento, dientes, huesos y vasos sanguíneos y las estructuras ricas en colágeno se desarrollan en forma anormal.

Diagnóstico:

El escorbuto avanzado se nota por las características clínicas. La fragilidad capilar es anormal. Los rayos X se usan para: elevación subperióstica, trastornos en la calcificación de la matriz cartilaginosa, fracturas, reabsorción alveolar(6).

VITAMINA B1 (TIAMINA):

La deficiencia de la tiamina es encontrada en condiciones de hambre y guerra. Produce marcadamente la pérdida del apetito y disminución del peso corporal.

La deficiencia de la vitamina B1 se manifiesta con Beri beri, donde hay neuritis múltiple asociada con la insuficiencia cardíaca congestiva, edema generalizado y muerte repentina; también se asocia con el síndrome de Wernicke. En su mayoría, las deficiencias de esta vitamina son leves y subagudas, las formas de presentación en donde las parestesias y reflejos alterados son los hallazgos más característicos, hay tensión muscular y dolor de fatiga. En casos severos hay taquicardia y el corazón crece. La forma aguda fulminante de Beri beri se llama Shoshin y es dominada por insuficiencia

circulatoria. Hay voz ronca, afonía, pupilas dilatadas, respiraciones frecuentes y superficiales, cianosis, pulso débil pero regular. En niños inicia con vómitos, están inquietos, anorexia, insomnio. En su forma aguda hay cianosis y disnea. En la forma crónica hay vómitos, inanición, anorexia, afonía, apistotonos, edema, oliguria, constipación, meteorismo.

VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA):

La deficiencia de riboflavina se da no sólo por una ingestión deficiente, sino también cuando algunas hormonas, fármacos o enfermedades alteran la absorción, utilización, transformación metabólica, enlace o excreción de esta vitamina.

Antes de ser evidentes las manifestaciones clínicas de la deficiencia de riboflavina, ésta debe ser escasa de tres a ocho meses antes. En personas con dosis limitadas de vitamina B2, la enfermedad aparece en el embarazo, lactancia y niñez. Baja excreción de riboflavina urinaria y signos clínicos leves de ariboflavinosis es visto en familias de bajos recursos económicos en países en desarrollo. Ariboflavinosis moderada-severa se ve en asociación con otras enfermedades de deficiencias vitamínicas como pelagra y Kwashiorkor. Se observa en niños que no toman leche. Antes de mostrarse los signos clínicos, hay síntomas vagos por un largo tiempo.

Diagnóstico:

Hay una reducción en la excreción de riboflavina, así como una reducción en las concentraciones de varias flavinas en el plasma y en los eritrocitos.

VITAMINA B6 (PIRIDOXINA):

La deficiencia de piridoxina ocurre con frecuencia en el

alcoholismo, junto con deficiencia de otras vitaminas, en particular ácido fólico.

Manifestaciones Clínicas:

Son dermatitis, glositis, queilosis y estomatitis. Con una deficiencia grave puede tener irritabilidad, depresión, debilidad, mareos, neuropatía y convulsiones. La deficiencia en lactantes y niños se caracteriza por diarrea, anemia, convulsiones y puede ser la causa de retraso mental.

La deficiencia crónica provoca hiperoxaluria secundaria, la cual aumenta el riesgo de formación de cálculos en el riñón.

Hay pacientes afectados que no presentan manifestaciones de deficiencia. Estos trastornos se llaman síndrome de Dependencia y requieren dosis farmacológicas.

Diagnóstico:

Se obtiene mediante el análisis directo de esta vitamina en la sangre o mediante la determinación de la excreción urinaria, también por análisis de función enzimática.

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS DE INSUFICIENCIA NUTRITIVA DEFICIENCIA PROTEICO-ENERGÉTICA

Formas leves y moderadas:

Principalmente se afecta el peso y en una etapa más tardía se ve afectado el crecimiento longitudinal (talla). Al prolongarse el proceso, pueden surgir manifestaciones en el comportamiento del niño que muchas veces pasan inadvertidas, como desinterés y apatía.

También surgen trastornos digestivos vagos e inespecíficos como: anorexia, diarrea en periodos recurrentes, intolerancia a ciertos alimentos, alteraciones en la textura y apariencia de la piel, atrofia e hiperqueratinización.

Alteraciones en el cabello: seco y fácilmente desprendible.

En otros casos, el niño se adapta a la baja ingestión de nutrientes y el aumento de peso y de estatura no ocurre como debiera ser, por lo que disminuyen sus requerimientos y se convierten simplemente en niños más pequeños de lo que les corresponde a su edad, acompañado de retraso en el desarrollo o por lo menos en la maduración del esqueleto y se sospecha que también ocurra en su capacidad mental.

Formas graves y avanzadas:

La deficiencia proteínica muestra un cuadro clínico de edema y serias alteraciones del síndrome pluricarencial de la infancia.

La deficiencia grave y de larga duración de calorías puede llegar a provocar estados de emaciación como el marasmo.

Malnutrición en niños mayores:

Debida a la subalimentación, malos hábitos dietéticos, enfermedades crónicas o a malas condiciones higiénicas.

Signos y síntomas:

No causa obligatoriamente pérdida de peso.

Cambios de comportamiento:

- *Fatiga*
- *Inquietud*
- *Irritabilidad*
- *Falta de atención*
- *Laxitud*

Trastornos digestivos:

- *Anorexia*
- *Estreñimiento*
- *Diarrea mocoide*

Piel:

- *Palidez*

Musculatura:

- Poco desarrollo
- Flacidez

También pueden mostrar retraso en el desarrollo epifisario, alterar la dentición, demorar el comienzo de la pubertad y frecuentemente presentan anemia hipocrómica.

DEFICIENCIA DE MINERALESCalcio:

- Reblandecimiento óseo, tetania.

Fósforo:

- Dolor óseo, debilidad.

Magnesio:

- Tetania.

Sodio:

- Fatiga excesiva, laxitud, apatía, anorexia, calambres musculares.

Potasio:

- Debilidad muscular, confusión mental, reflejos disminuidos o ausentes, parálisis.

Hierro:

- Anemia.

Zinc:

- Diarrea, alopecia, vesícula y placas eccematoides e hiperqueratóticas, estomatitis y glositis.

Yodo:

- Bocio.

DEFICIENCIA VITAMÍNICA:

Vitamina A:

- Ceguera nocturna, xeroftalmia, cambios hiperqueratóticos en el epitelio bucal, queratomalacia.

Vitamina D:

- Osteomalacia, curvatura de huesos, sensibilidad ósea.

Vitamina E:

- Anemia.

Vitamina K:

- Sangrado gingival, equimosis.

Vitamina C:

- Encía edematosa, lisa y brillante o ulcerada, de color rojo violáceo y sangrante, pérdida del hueso alveolar, dolor óseo y articular.

Vitamina B1 (Tiamina):

- Edema generalizado, hiporeflexia, sensibilidad muscular.

Vitamina B2 (Riboflavina):

- Glositis, palidez de labios y comisuras, queilosis angular, dermatitis escamosa, grasosa en pliegues nasolabiales y alas de la nariz, dermatitis escamosa en manos, vulva, ano y perineo, vascularización corneal, fotofobia, queratitis superficial.

Vitamina B6 (Piridoxina):

- Queilosis angular, confusión mental, encía interdental enrojecida, sensible y ulcerada.

Vitamina C (Ácido Fólico):

- Glositis, diarrea, anemia.

DIAGNOSTICO DE MALNUTRICION

Debido a lo común que es la malnutrición, las características de esta entidad son muy fáciles de observar y determinar. Marasmo (atrofia infantil, inanición, atrepsia) es el resultado de una ingesta calórica insuficiente debido a mala alimentación y escasa dieta. En un principio, el niño gana peso pero luego lo empieza a perder hasta llegar a un aspecto arrugado de la piel. Esta, al estirarse, regresa a su posición pero en una forma que da cierto aspecto de pliegues. La mejillas son lo último en desaparecer, incluso el niño se ve relativamente normal por un tiempo. La temperatura se encuentra inferior a lo normal, el pulso se encuentra lento y el metabolismo bajo. El paciente en un principio suele encontrarse muy irritable y luego pierde el apetito e interés en lo que le rodea.

CLASIFICACIÓN:

<i>Intensidad</i>	<i>Duración</i>	<i>Deficiencia</i>
- Leve	- Agudo	- Energía
- Moderado	- Crónico	- Proteínas
- Severo	- Ambos	- Ambas

La clasificación es muy importante para el diagnóstico y también para el tratamiento. La intensidad se mide mediante medidas antropométricas. Marasmo no presenta edema a diferencia de las características de Kwashiorkor, donde hay una desnutrición de edematosa. Esto es debido a una deficiencia de proteínas, a pesar de que la ingesta de calorías sea normal. Marasmo es la deficiencia de ambas.

Escasez de pelo y palidez son indicativos que Kwashiorkor ocurrió en un pasado, pero no indican el estado actual. Cambios en la piel como parches pálidos y lesiones

descamativas son de significancia variable. Se pueden presentar ciertas características clínicas tales como dificultad para caminar o jugar, indicando debilidad. Para determinar la desnutrición existen muchos y muy variados métodos. El peso corporal medido dentro del agua puede determinar la densidad corporal, también existen otros tipos de medidas como la tomografía computarizada, análisis de activación de neutrones y conteo de K entre otros y que son medidas antropométricas.

Estos métodos son muy buenos pero son muy sofisticados y ninguno es útil para una clínica común. Los valores antropométricos de referencia derivados de los médicos son un buen método rápido y barato que a la vez es muy conveniente que determinan el estado nutricional en términos de proteínas y reservas de grasas.

Las medidas útiles más comunes son peso, talla, pliegue de grasa y superficie de la parte media del brazo. Para hacer las mediciones exactas se requiere de una balanza con aditamento para medición o una regla calibrada en una pared. Un compás para el pliegue cutáneo de extensión constante y una cinta métrica flexible.

Estas mediciones no son específicas ni para la edad ni para la raza ni para todos los grupos culturales. A pesar de los errores del sistema, se ha descubierto que los valores de referencia de los seguros metropolitanos son útiles para juzgar el estado del paciente. La medición del grosor del pliegue de tríceps es una medición que da una estimación de la reserva de grasa corporal, la cual no es útil para pacientes con edema o parálisis del brazo.

Se considera disminuida al ser menor a 50% y mayor de 150-170% de peso se considera obeso. La mejor información antropométrica del estado nutricional y de la DPE se basa en medidas de peso, talla o estatura en información sobre la

edad.

MANIFESTACIONES BUCALES DE LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Los desórdenes nutricionales afectan al cuerpo completo y se pueden manifestar en determinados lugares específicos, siendo el lugar más común la cavidad bucal. El dentista se encuentra entonces, en una posición para poder hallar signos de deficiencias nutricionales de los pacientes.

PROTEÍNAS:

Las proteínas son un vital constituyente de la dieta. De ellas el cuerpo obtiene los aminoácidos, los cuales no pueden producirse por sí solos.

Evidencia bucal de desnutrición proteínica incluye edema de la lengua, además de poder parecer ésta lisa edematizada por la atrofia papilar.

Queilitis angular puede aparecer con fisuramiento alrededor de los labios y también cambios pigmentarios que son particularmente notorios en individuos con piel oscura. Stalosis y xerostomia son otras características del Kwashiorkor y resultando así una mucosa bucal seca que es vulnerable a trauma e infección.

GRASAS:

Deficiencias de ácidos grasos esenciales no es común. Las manifestaciones bucales no han sido reportadas por la deficiencias de grasas humanas, pero un dentinogénesis ha sido demostrada en animales de experimentación(21).

CARBOHIDRATOS:

La alta ingestión de carbohidratos pegajosos puede aumentar la incidencia de caries en una persona susceptible.

MINERALES

HIERRO:

La deficiencia de hierro puede ocasionar cambios en los tejidos que no están relacionados con los efectos hematológicos. En una muestra de pacientes con anemia ferropélica, fue encontrada glosistis atrófica 39% y queilitis angular 14%. Estos cambios se deben a una disminución de hierro en el tejido y pueden aparecer antes de que se desarrolle la anemia.

En algunos casos hay incomodidad y enrojecimiento asociado con aplanamiento de las papilas alrededor del margen de la lengua. En los casos más severos hay enrojecimiento y atrofia de las filiformes y fungiformes. La queilitis angular es una anomalía específica y la ausencia de diente y la utilización de proteínas puede favorecer su desarrollo.

YODO:

Niños de padres con deficiencia de yodo pueden nacer con cretinismo. El niño puede parecer normal al nacimiento, pero eventualmente se desarrolla despacio y es pequeño para su edad, con la lengua grande, retardo en la erupción dentaria, nariz en silla de montar y un posible retardo mental.

CALCIO Y FÓSFORO:

Enfermedades asociadas con la deficiencia de calcio y fósforo incluyen osteoporosis, ricketsia y osteromalacia.

SODIO Y POTASIO:

Sudoración excesiva puede dar una disminución de sales y resultar en síntomas de náuseas, vómitos, calambres, cansancio o pérdidas respiratorias. Pacientes con vómitos severos y diarrea también pueden desarrollar una rápida disminución de sales. El potasio es el principal catión de las células. Ya

que está presente en varios alimentos, una dieta variada puede proporcionarlo. La deficiencia de potasio resultan en debilidades musculares y exceso de potasio puede dar irritabilidad cardíaca y arritmias. Las causas más comunes de deficiencia de potasio son: infecciones o diarreas nutricionales y pérdida excesiva de agua de agentes diuréticos sin suplementaciones de potasio.

MAGNESIO:

Deficiencia de este mineral puede resultar en condiciones similares a tetanias hipocalcémicas.

VITAMINAS:

VITAMINAS LIPOSOLUBLES:

VITAMINA A:

Tiene función hormonal en la regulación de la diferenciación epitelial. Uno de los cambios básicos de la deficiencia de vitamina A es una metaplasia queratinizante de las células epiteliales de los conductos de las glándulas salivales, provocando a veces xerostomía y alteración del gusto.

El epitelio gingival se vuelve hiperplásico y en deficiencias prolongadas, muestra queratinización de los tejidos no queratinizados y aumenta la queratinización de las mucosas bucales.

En dientes en desarrollo puede producir aumento de la proliferación celular, y por lo tanto, invasión epitelial del tejido pulpar, hipoplasia de esmalte. La dentina presenta falta de coloración tubular normal y contiene inclusiones celulares y vasculares. La erupción se tarda o cesa por completo.

VITAMINA D:

Promueve la calcificación de hueso y cartilago, es antagonista de parathormona.

Su deficiencia produce:

En niños, raquitismo, anormalidad del desarrollo de dentina y esmalte, hipoplasia de esmalte generalizada, la más grave de las producidas por deficiencia de vitaminas (A y C), índice de caries más alto, erupción retardada, malposición dental, retardo del desarrollo de la mandíbula y maloclusión clase II.

En adultos osteomalacia: Taylor y Day informaron de una frecuencia de 50% de periodontitis intensa en una serie de 22 mujeres indígenas con osteomalacia. Estos datos son cuestionables en vista de la prevalencia de enfermedad periodontal endémica en este grupo poblacional. Bhaskar en su Patología Bucal dice que no hay manifestaciones bucales en osteomalacia.

VITAMINA E:

En humanos no se han notado alteraciones dentales o bucales, pero en periodonto y dientes de animales de laboratorio se han reportado algunas alteraciones.

VITAMINAS HIDROSOLUBLES

VITAMINA K:

Es la fuente de protrombina. La manifestación más común en boca es el sangrado gingival. Hay excesiva hemorragia post-extracción. En niveles por debajo del 35% de protrombina, hay hemorragia después del cepillado dental. Debajo del 20% habrá sangrado espontáneo de las encías.

VITAMINA C:

Mantiene la sustancia fundamental de todos los tejidos conectivos y su disminución produce escorbuto. Produce

petequias y equimosis en mucosa, encías agrandadas y con tendencia a sangrar, da retardo de la cicatrización, también se presenta mayor susceptibilidad a infecciones secundarias principalmente por organismo de Vincent. Hay movilidad leve o marcada produciendo deslineamiento dental o pérdida de las piezas. Giunta, en su Patología Bucal, menciona que puede producir hipoplasia de esmalte en dientes en desarrollo. La gingivitis es una de las manifestaciones tempranas. Mientras se torna más marcada la deficiencia, las encías se ponen severamente inflamadas y sangran con más facilidad con la mínima presión o instrumentación.

COMPLEJO B:

Es un grupo heterogéneo de sustancias. Hay dos grupos:

- 1.- Relacionadas con el metabolismo intracelular de carbohidratos, grasas y proteínas:

Niacina	Acido pantoténico
Riboflavina	Inositol
Tiamina	Colina
Piridoxina	Biotina

B1 o TIAMINA:

Su deficiencia produce Beri Beri. En la boca presenta hipersensibilidad en los dientes y en la mucosa bucal. En lengua edema, dolor y pérdida de las papilas. En el borde del bermellón de los labios y comisuras pueden aparecer pequeñas vesículas o grietas.

B2 o RIBOFLAVINA:

Las lesiones de arriboflavinosis casi siempre se limitan a la boca y regiones peribucuales. El signo más temprano es la palidez de los labios, en especial en los ángulos de la boca. No afecta áreas húmedas de la mucosa bucal. Esta continúa por

días y es seguida por queilosis, ésta se muestra por maceración y fisuras de las comisuras. Más tarde estas lesiones desarrollan costras secas de color amarillo las cuales pueden o no sangrar al removerlas. Los labios se vuelven anormalmente rojos y brillantes por descamación del epitelio. Cuando la enfermedad progresa, la enfermedad progresa y se extiende hasta las mejillas. En etapa moderada existe glositis, que empieza con ulceración de la punta de la lengua y en márgenes laterales.

Las papilas filiformes se atrofian y las fungiformes se agrandan o están normales, dando un aspecto granular. En casos graves, la lengua puede volverse brillante y lisa y se ve de color magenta. En los pliegues nasolabiales y alas de la nariz, se muestra dermatitis escamosa grasosa o seborreica.

NIACINA o ACIDO NICOTINICO:

Su deficiencia produce pelagra, las lesiones de las membranas mucosas de la lengua, cavidad bucal y vagina son las primeras lesiones diagnósticas de la enfermedad. Eritema generalizado de la mucosa (se puede producir ulceración y edema). La principal queja es la sensación de quemadura en la lengua (glosopirósis), la cual se hincha y hace presión contra los dientes causando indentaciones. La punta y los márgenes laterales de la lengua se enrojecen y pueden estar ulcerados.

En etapas agudas, toda la mucosa bucal se vuelve roja y dolorosa, hay salivación profusa, el epitelio de la lengua se descama, las papilas interdientales tienen sensibilidad a la presión, hay dolor, enrojecimiento y ulceración. Hay propensión a la infección secundaria con organismo de Vincent. Puede presentarse lengua agrandada y sin papilas (Lengua de Sandwich).

B6 o PIRIDOXINA:

Frecuentemente asociada a malnutrición secundaria y alcoholismo. Los cambios no son específicos, son semejantes a la estomatitis pelagrosa. Puede haber queilitis angular, glositis, estomatitis generalizada, atrofia papilar del dorso de la lengua.

Estos cambios son idénticos a los encontrados en la deficiencia de hierro.

2.- Intervienen en la producción de elementos celulares de la sangre, vitaminas hematopoyéticas:

- B12
- Ácido Fólico

B12 o COBALAMINA:

Produce anemia perniciosa. Se puede observar estomatitis, glositis, glosodinia, glosospirosis, atrofia papilar al ceder la inflamación.

El cuadro completo se conoce como glositis de Hunter o glositis Moller. Úlcera recurrente bucal sin queilitis angular es un aspecto de la enfermedad. En casos severos, áreas focales de ulceración que parecen aftas.

ÁCIDO FOLICO:

La deficiencia en el hombre se caracteriza por diarrea, glositis y anemia macrocítica. La glositis aparece al principio como hinchazón y enrojecimiento de la punta y los márgenes laterales del dorso de la lengua. Las papilas filiformes son las primeras en desaparecer, las fungiformes permanecen como manchas prominentes. En casos avanzados, las papilas fungiformes se pierden y la lengua se ve lisa y suave y el color pálido o intensamente rojo.

Hay ulceraciones severas como signos predominantes y similares a lo encontrado en deficiencia de vitamina B12.

MANIFESTACIONES BUCALES DE LA DESNUTRICIÓN EN GUATEMALA

En Guatemala la causa principal de ingreso a los hospitales en el grupo infantil de uno a seis años de edad es la desnutrición, la que ocurre con mayor frecuencia desde la época de destete (alrededor del primer año de edad) hasta los cuatro o cinco años.

La desnutrición infantil en Guatemala, y en general de Centro América, se caracteriza por deficiencia protéico-energética, deficiencia de vitamina A, deficiencia de Riboflavina y anemia ferropríva(1).

Se define tres grados de desnutrición, atendiendo a las características ponderales del paciente: Grado I: Cuando el niño presente 10 a 25% menos del peso normal con respecto a su edad; Grado II: Si el niño presenta 25 a 40% menos del peso normal con relación a su edad; Grado III: Cuando el niño presenta una reducción del 40% del peso normal con respecto a su edad(1).

Se ha informado que las manifestaciones bucales de desnutrición infantil (Síndrome Pluricarencial de la Infancia, SPI) son: los labios se presentan secos, agrietados y con fisuras profundas y sangrantes.

Así mismo, se ha indicado que las membranas mucosas de los niños con SPI están afectadas por descamación, hiperqueratosos, hiperpigmentación e infección secundaria.

Se ha escrito también cambios en la apariencia clínica de la lengua tales como hipertrofia, fusión y atrofia de las papilas filiformes y cambios de color que consisten en grados variables de enrojecimiento, indicándose además que estos cambios no son específicos y pueden presentarse en la deficiencia de una o más vitaminas del complejo B(1).

Para observar las manifestaciones de desnutrición en la cavidad bucal se puede encontrar el siguiente criterio:

A. LESIONES DE LABIOS:

a) *Queilitis angular*: Lesión que se observa en las comisuras de los labios, cuya apariencia varía desde una moderada decoloración o palidez hasta fisuras simples o múltiples que pueden extenderse hacia la piel o mucosa y a menudo presenta costras o escamas amarillentas. Esta lesión puede ser unilateral o bilateral.

b) *Descamación*: Cuando el bermellón se presenta reseco y con desprendimiento descamativo de las capas superficiales del epitelio.

c) *Fisuras*: Cuando el bermellón del labio presenta grietas que a veces son sangrantes y dolorosas.

B. LESIONES DE LA LENGUA:

a) *Depapilación parcial*: Se observa una disminución de las papilas filiformes o aún de las fungiformes y se forman áreas uniformemente lisas y de extensión variable.

b) *Depapilación total*: No se observan papilas filiformes, fungiformes y el dorso de la lengua se ve liso.

c) *Enrojecimiento*: La lengua presenta un color más intenso que el rosado normal. Este enrojecimiento puede llegar a ser púrpura y aún "magenta".

d) *Palidez*: Cuando la lengua presenta una coloración blanquecina.

C. LESIÓN DEL PALADAR:

a) *Enrojecimiento de la papila palatina*: Se nota esta lesión en caso que la papila palatina presente un rojo intenso que puede ser hasta púrpura.

D. LESIÓN DE LAS ENCÍAS:

a) *Gingivitis*: Cuando la encía se encuentra enrojecida y agrandada.

b) *Palidez*: Cuando la encía presenta una coloración blanquecina.

E. LESIONES DE LOS CARRILLOS:

a) *Edema*: Cuando palpando el carrillo en forma bidigital se nota consistencia edematosa.

b) *Palidez*: Cuando la mucosa de los carrillos se encuentra blanquecina.

c) *Enrojecimiento*: Cuando se presenta un matiz que varía del rosado oscuro al rojo intenso.

CAMBIOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CUALQUIER PARTE DE LA MUCOSA BUCAL.

A. *Manchas melánicas*: Manchas de color café o negro, de tamaño variable y sin límites definidos, que ocurren en cualquier parte de la mucosa bucal.

B. *Úlceras*: Soluciones de continuidad, de la superficie mucosa, causadas por descamación de tejido necrótico inflamatorio.

Según el estudio del doctor Roberto Gereda Taracena (1), la lesión más frecuentemente observada fue gingivitis. En cuanto a las lesiones de los labios, puede observarse que ocurrieron con frecuencia similar y que a excepción de la descamación, aumentaron progresivamente en relación al grado de desnutrición. La depapilación parcial de la lengua fue el hallazgo más frecuente entre las lesiones de este órgano mientras las otras lesiones linguales ocurrieron con menos frecuencia y en porcentaje similar. El edema de los carrillos es una lesión que no había sido mencionada previamente y ocurrió en un 34% de los niños desnutridos. Puede explicarse tomando en cuenta que la deficiencia de proteínas, una característica importante del Síndrome Plurecarencial de la Infancia, puede originarse extravasación de fluido a los

espacios celulares. El enrojecimiento de la papila palatina ocurrió en un 25%. El análisis estadístico de los incrementos en el número de lesiones en los distintos grados de desnutrición revela un aumento significativo en la depapilación parcial y total y palidez de la lengua [1].

EPIDEMIOLOGIA

Una de las características principales de Guatemala al compararlo con países centroamericanos es la gran proporción de indígenas, siendo ésta en 1978 de 59.7% [15] y viviendo en el área rural.

La mortalidad de niños de 0-5 años de edad constituía el 42% de toda la mortalidad registrada en 1982, en su mayoría por enfermedades diarreicas, parasitarias y otras infectocontagiosas, estrechamente relacionadas con la desnutrición [15]. Según la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, de 1980-81, el 40% de la población total del país y el 52% en el área rural viven en estado de pobreza extrema [15], entendiéndose esto que no poseen ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de alimentación. Esto quiere decir que un 71% de la población del país y un 84% de los pobladores del área rural no pueden cubrir el precio de la canasta mínima de alimentos, respectivamente la de los bienes y servicios básicos.

Los grupos más afectados con respecto a problemas de salud y nutrición son los residentes en áreas rurales, poblaciones indígenas y los grupos que poseen bajos niveles de educación y/o ingresos económicos.

La desnutrición proteínico-energético (DPE) se presenta cuando la dieta no puede satisfacer las necesidades que tiene el cuerpo de proteínas y energía, o de ambas. Incluye una amplia variedad de manifestaciones clínicas condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o

energía, la severidad y duración de las deficiencias, la edad del paciente, la causa de las deficiencias, y su asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas. La severidad de este tipo de desnutrición va desde la pérdida de peso o retardo en el crecimiento hasta distintos síndromes clínicos frecuentemente asociados con la deficiencia de minerales y vitaminas[15]. Se debe recordar que el retardo de peso para la edad no indica necesariamente desnutrición actual, especialmente luego de los primeros 6 o 12 meses de vida. También es importante mencionar que el crecimiento físico de niños de edad preescolar, en peso y talla, se utiliza como medida indirecta del estado nutricional de todos los preescolares y población infantil.

La DPE es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo debido a su alta prevalencia y a su relación con la tasa de mortalidad infantil, con el deterioro en el crecimiento físico, así como un desarrollo social y económico inadecuado[15]. Si se utilizara la deficiencia de peso para la edad como indicador para crecimiento actual o pasado, los países en vías de desarrollo presentarían porcentajes entre 20-75% de niños menores de 5 años de edad con DPE presente o que lo sufrieron en el pasado.

CAUSAS

Debido a que la DPE surge por la ingestión insuficiente de alimentos o de alimentos con pocas o ningunas proteínas, la DPE se puede asociar con factores sociales, económicos, biológicos y ambientales que deben considerarse como causas fundamentales de la DPE, ya que estas gestiones inadecuadas casi siempre están ligadas a condiciones como pobreza, ignorancia, enfermedades infecciosas y baja disponibilidad de alimentos.

Factores Sociales y Económicos

La pobreza casi siempre acompaña a la DPE, como consecuencia de ella existe una baja disponibilidad de alimentos debido a la falta de medios para producirlos o comprarlos, malas condiciones sanitarias, hacinamiento, así como un inadecuado cuidado de los niños [15]. Entre otros problemas sociales se pueden mencionar; abuso de los niños, la ausencia de la madre, alcoholismo y la adicción a las drogas, directa o indirectamente relacionado con los niños.

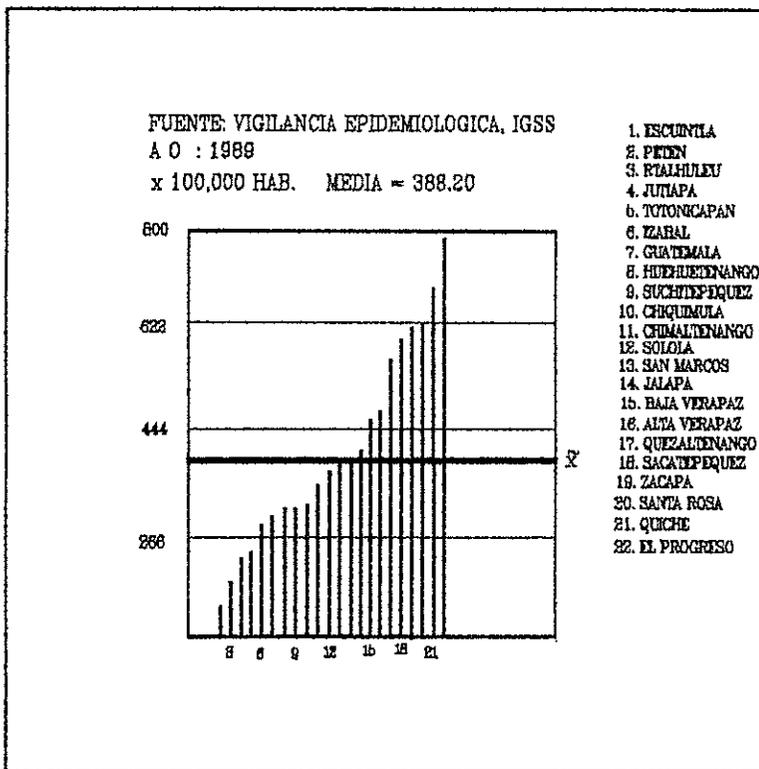
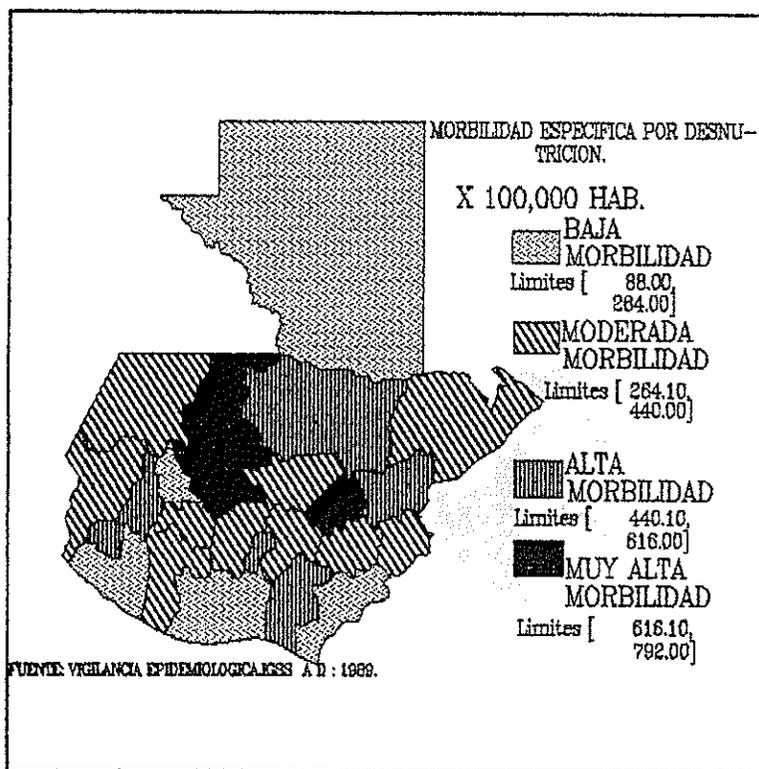
Factores Biológicos

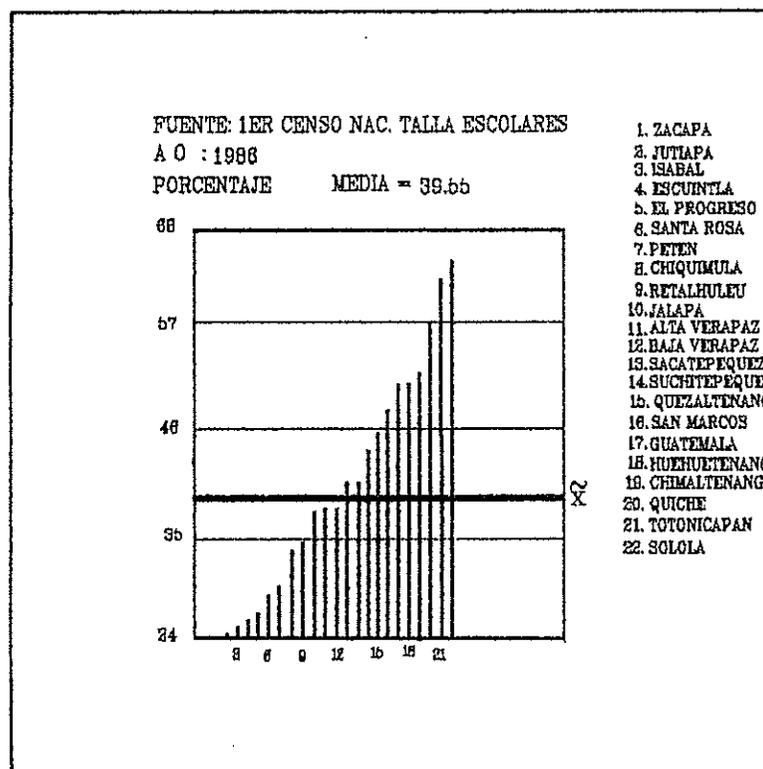
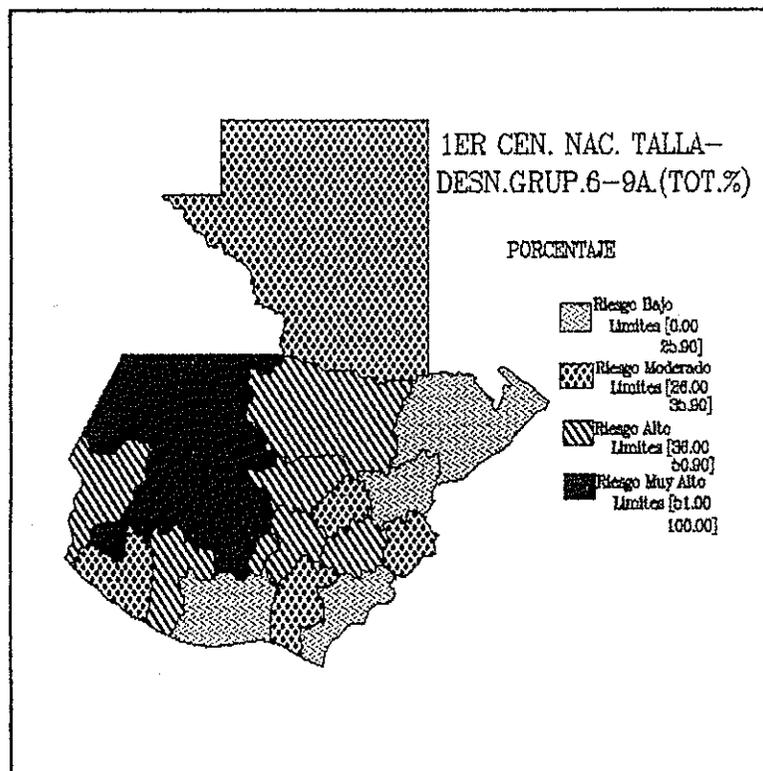
El hecho que la madre tenga desnutrición antes y/o durante el embarazo, agravan la situación ya que da más altas probabilidades de que el niño posea bajo peso al nacer. Esto se complica aún más debido a que ya se tiene una desnutrición intrauterina y se tendrá aún post-parto, resultando así DPE. Las infecciones y enfermedades precipitan el proceso de la DPE, dando un balance negativo de proteínas y energía.

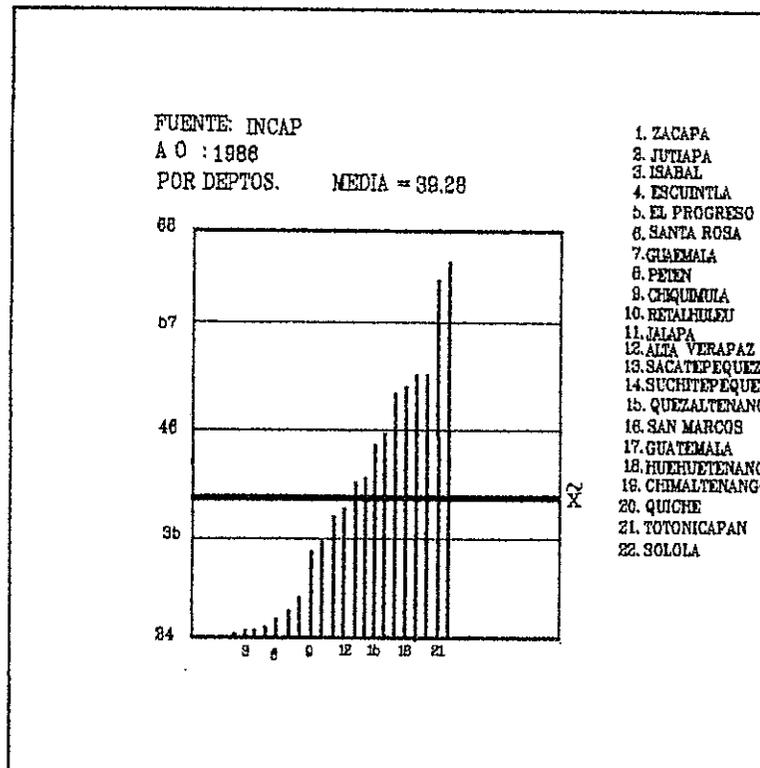
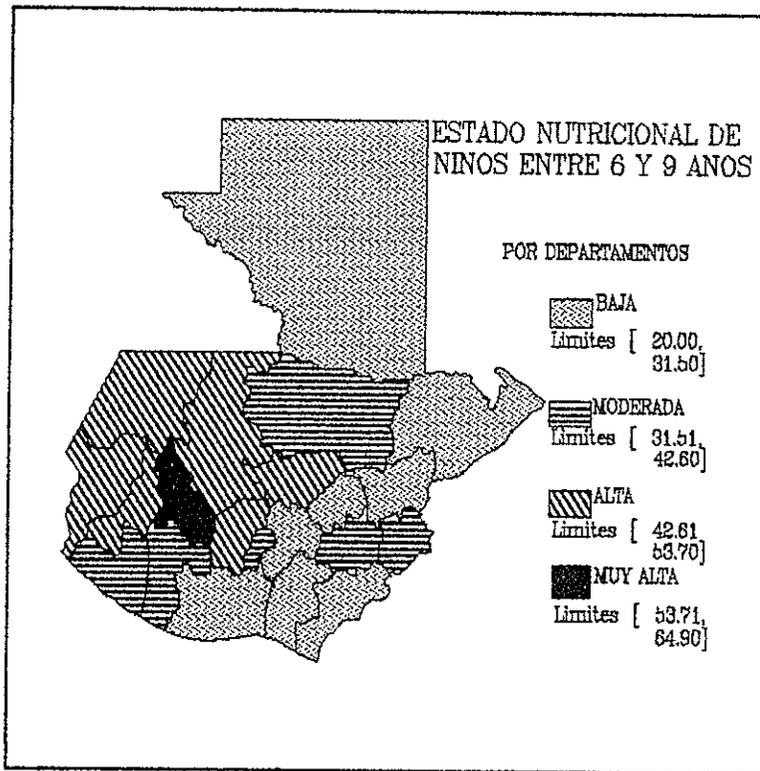
Se puede mencionar diarrea, sarampión, infecciones respiratorias, anorexia, vómitos y otras.

Los alimentos pobres en proteínas y ricos en carbohidratos son particularmente importantes en el desarrollo de Kwashiorkor[15].

A continuación se presenta la distribución de población con desnutrición en Guatemala, según el primer censo nacional de talla en 1986, vigilancia epidemiológica de la DGSS, 1989 INCAP, 1986.







MONOGRAFÍA

POPTUN:

Municipio del departamento del Petén. Municipalidad de 4ta. categoría. No se ha establecido aun su área aproximada. Nombre geográfico oficial: Poptún.

Colinda al norte con Dolores (Pet); al este con Belice; al sur con San Luis (Pet); al oeste con sayaxché (Pet).

Antiguamente se conocía al poblado como Poctún, Poctum, o Santa María Paptún.

La Empresa Nacional de Fomento y Desarrollo Económico del Petén, Tiene construida la carretera de tercer orden, balastrada, transitable en todo tiempo, Flores-Santa Ana-Dolores-Poptún-San Luis-Modesto Méndez, con longitud total de unos 172 Km. Esta carretera entronca en la aldea Modesto Méndez (mun. Livingston, Iza.), en el esquinero sureste del depto. del Petén con la carretera construida por la Dirección General de Caminos que vía San Felipe en el lago de Isabal va a la Ruidosa, caserío de la cab. mun. Morales. Iza., donde enlaza con la carretera Interoceánica CA-9; tiene una longitud muy aproximada de 70 Km.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, funciona un centro de salud con anexo de maternidad. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene una sala hospitalaria para sus afiliados.

Por acuerdo gubernativo del 11 de mayo 1963, publicado en el diario oficial el 20 de mayo de ese año, se dispuso que la feria titular de Poptún fuese denominada San Pedro Mártir, a celebrarse del 21 al 29 de abril de cada año. Según datos recabados, el titular es San Pedro Mártir de Verona; durante la feria es investida la señorita Flor de la Feria.

En junio de 1949 se abrió al servicio público oficina de

correos y telecomunicaciones de 2da categoría. En la actualidad funciona una postal y telegráfica de 3ra Categoría de la Dirección General de Correos y Telégrafos.

La empresa Guatemalteca de Telecomunicaciones, ha dado a conocer que en la cabecera ha instalado un moderno sistema de telefonía.

La economía esta basada básicamente en la agricultura (75%); entre los principales cultivos están: maíz, frijol y arroz. El 55% de las personas percibe ingresos por trabajos a cuenta propia, el ingreso familiar promedio anual es de Q2,883.00 (área urbana Q3,695.00; área rural Q 2,543.00).

Con respecto al grado de escolaridad, hay un 37% de analfabetismo; del total de población en edad escolar solo esta inscrito el 46%. Por cada mil habitantes hay 4 maestros, y 23 por cada mil alumnos.

SALUD:

Las diez primeras causas de morbilidad no muestran variación con respecto a otros estudios anteriores realizados (datos de 1991):

- Infección respiratoria aguda (9.28%)
 - Parasitosis intestinal múltiple (5.80%)
 - Anemia Clínica (4.4%)
 - Infección urinaria (3.98%)
 - Diarrea (3.825%)
 - Malaria (IPA 49 por mil habitantes, SNM; 3.16%
- servicios de Salud)
- Amebiasis intestinal (2.24%)
 - Dermatitis (2.03%)
 - Faringoamigdalitis (1.27%)
 - Heridas cortantes (2.04%)
 - Otras causas (61.35%)

La mortalidad general para 1989 se estima en 6.7 X 1000.

Del total de defunciones, el 7.61% ocurrió en hombres y el 5.57% en mujeres, lo indica un mayor riesgo de morir en el sexo masculino en razón de 1.4/1 con el sexo femenino.

Los menores de un año presentan tasas de mortalidad de 42 por mil nacidos vivos en 1989. Esta es más frecuente en menores de 28 días. Según datos a nivel nacional, la mortalidad infantil fue de 51.3 por mil nacidos vivos en 1987; de los cuales por desnutrición murieron 9.9 por cada mil ingresos.

Según la encuesta nacional de materno infantil, la prevalencia de desnutrición en los mayores de un año varía entre 40 y 45 %; la prevalencia de desnutrición crónica es de 58% (de cada 100 niños, 58 tienen retardo en el crecimiento).

En el primer censo nacional de talla de escolares de primer grado, se hace una clasificación por departamento y el Petén presenta un riesgo de 29.6 (moderado) de padecer desnutrición en niños entre 6 y 9 años. Las poblaciones más afectadas son, en su orden, San Luis, San Andrés, San José, Dolores, San Benito, Poptún, Sayaxché, Libertad; los de menos riesgo son San Francisco y Melchor.

La proporción de la prevalencia total de desnutrición según sexo es de 15.8% para el sexo masculino y 13.8% para el sexo femenino.

En las enfermedades de notificación obligatoria para 1989, aparece la desnutrición en primer lugar, debido probablemente al inicio del programa de vigilancia nutricional con las tablas de Navarro en todo el departamento.

Sin embargo, en el cuadro de mortalidad de 1985 y 1989, las defunciones por problemas nutricionales ocupan el quinto y sexto lugar respectivamente, lo cual hace pensar que si se podría estar experimentando un incremento de los problemas nutricionales en el área, debido a la agudización de los problemas económicos.

La encuesta materno infantil de 1987 informa que el 40.1% de las mujeres embarazadas refiere no haber recibido ningún control prenatal; el 21.3% menciona entre 1 y 3 controles; el 33.4%, entre 4 y 6 controles, y el resto ha recibido más de 6 controles.

El Petén posee una población que se está incrementando a ritmo acelerado, en ella predominan los menores de 15 años. El alto porcentaje de mujeres entre 15-44 años, en plena capacidad reproductiva con pautas de fecundidad elevada, manifiesta la tendencia de la población a una rápida reproducción y crecimiento.

Las tasas de mortalidad entre 1980 y 1987 manifiesta variaciones mínimas anuales que no reflejan tendencias claras a descender. Dentro de ese grupo los menores de 28 días representan las tasas más altas de mortalidad.

La importancia de la desnutrición en la situación de salud de Petén se refleja en que aparece determinado entre 17 por mil y 16 por mil de las defunciones en los años 1980 y 1989. Esta importancia puede ser mucho mayor si se asume que el problema contribuye a la gravedad, frecuencia y letalidad de los procesos infecciosos, respiratorios y digestivos que constituyen las primeras causas de daño a la salud de los habitantes del lugar.

Algunas conclusiones pueden apoyarse en los siguientes hechos: el 86% de la población vive en situación de pobreza, y el 65% está en extrema pobreza. El 53% de la población productiva está inactiva, y la Población Económicamente Activa tiene un ingreso mensual muy bajo en relación con la situación inflacionaria del país.

Toda la situación parece resumirse en el hecho de que únicamente el 8% tiene sus necesidades básicas satisfechas. El 92% no satisface, o satisface medianamente sus necesidades de salud, producción y empleo, vivienda, educación, seguridad

social, alimento, recreación, vestuario y libertades humanas.

OBJETIVOS

GENERALES:

- *Determinar la existencia de hallazgos clínicos bucales en los niños con desnutrición en el Centro de Bienestar Social del municipio de Poptún, departamento del Petén.*
- *Que la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se amplíe el campo de los conocimientos sobre la desnutrición; y se considere la importancia que tienen las relaciones que existen entre la desnutrición y los procesos de salud enfermedad.*

ESPECÍFICOS:

En la población de Poptún, Petén con diagnóstico de desnutrición atendida en el Centro de Bienestar Social determinar:

- *El hallazgo clínico más frecuente de la Cavidad Bucal.*
- *La región de la cavidad bucal en que con mayor frecuencia se presentan alteraciones clínicas.*
- *La distribución por sexo de los hallazgos clínicos de la cavidad bucal.*
- *La distribución por edad de los hallazgos clínicos de la cavidad bucal.*
- *La distribución por grado de desnutrición, encontrada en la ficha clínica, de los hallazgos clínicos de la cavidad bucal.*

manchas blancas) que se presentó en cualquier región de la mucosa bucal que no posee un diagnóstico específico clínicamente.

-Ulceración: Si se observó pérdida de continuidad del epitelio.

-Indentación de los márgenes: Si los bordes de la lengua no estuvieron en forma continua.

-Fisuras Linguales: Cuando se encontraron grietas sangrantes o dolorosas en el tejido lingual.

-Depapilación Parcial: Si se observó una disminución de las papilas filiformes o aun de las fungiformes, se pudieron ver áreas uniformemente lisas y de extensión variable.

-Depapilación total: Si no se observaron papilas filiformes, el dorso de la lengua se vio liso.

-Erupción retardada: Si de acuerdo al orden de erupción de los dientes no coincidió con la cronología promedio considerándose como erupción retardada más de seis meses después del promedio según las piezas dentarias. (Anexo).

-Hipoplasia: Si se observó alteración de la formación del esmalte y la dentina.

METODOLOGÍA

61

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Son los niños con diagnóstico de desnutrición, de sexo femenino y masculino, que son atendidos en el Centro de Bienestar Social de Poptún, Petén.

Es importante hacer mención en este estudio que los CBS son instituciones al servicio de la población infantil y funcionan como guarderías, teniendo un horario establecido de 8:00 AM a 4:00 PM. su objetivo principal es atender a los niños de madres que trabajan y que por lo tanto no los pueden cuidar. Se les proporciona a los infantes alimentación, recreación, cuidado diario (a cargo de niñeras), y control médico. Los niños que son atendidos se encuentran entre las edades de 0 a 7 años aproximadamente. Estos son dependencias de la Dirección Infantil y Familiar de la Secretaría de Bienestar Social de la Vice Presidencia de la República.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

Se examinó la totalidad de los niños con diagnóstico de desnutrición, de sexo femenino y masculino, que son atendidos en el Centro de Bienestar social de Poptún, Petén.

PROCEDIMIENTO

Se visitó el Centro de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Poptún, Petén. La muestra estudiada fue integrada por la totalidad de los niños diagnosticados con desnutrición según las fichas de registros médicos que se llevan en dicho Centro.

Se localizó a los integrantes de la muestra y posteriormente se les practicó un examen clínico visual de la cavidad bucal.

DETALLE DEL EXAMEN CLÍNICO DE LA CAVIDAD BUCAL

El procedimiento que se utilizó, comprendió inspección visual de los tejidos de la cavidad bucal en secuencia y de manera ininterrumpida, en el siguiente orden:

- I Examen de estructuras blandas.
- II Examen de los tejidos de soporte dentario.
- II Examen de las piezas dentarias.

EXAMEN CLÍNICO DE LA CAVIDAD BUCAL

El examen se inició estando el paciente sentado o acostado, en posición adecuada y con la boca cerrada. Se inició la evaluación, observando el estado general del niño. Al iniciar el examen el operador se colocó detrás del paciente. Se inició empleando bajalenguas para examinar la mucosa del borde del bermellón de ambos labios, distendiéndolos suavemente, y luego la región de las comisuras y el área adyacente de la mucosa del carrillo para lo cual se separaron los labios con los bajalenguas.

Se marcó con una X en la ficha cada hallazgo (ver indicadores).

A continuación se procedió a examinar el área de carrillos y encías, y se anotó en la ficha los datos obtenidos, colocando una X en los hallazgos.

Se continuó con el examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encía palatina. Para ello se hizo que el niño inclinara la cabeza hacia atrás y abriendo ampliamente la boca, para observar por visión directa la mucosa. La inspección se realizó de atrás hacia adelante; la encía y la mitad derecha del paladar y en sentido inverso la región izquierda.

Se anotó con una X la existencia de los hallazgos.

Luego se examinó el dorso y bordes de la lengua

observándola con el extremo del bajalenguas, la superficie dorsal de dicho órgano, de atrás hacia adelante, luego se le pidió al niño que moviera hacia la izquierda al mismo tiempo que la protruera; en ésta posición se examinó el borde derecho de la lengua con un bajalenguas, mientras el carrillo fue separado por otro bajalenguas. El mismo procedimiento se repitió para examinar el borde izquierdo de la lengua. Se examinó cada borde desde la región posterior hasta el vértice de la lengua. Cuando el niño no fue capaz de mantener la lengua en posición adecuada, se utilizó un trozo de gasa, colocando alrededor del vértice de la lengua para guiar sus movimientos.

El siguiente paso consistió en el examen del piso de boca, vientre de la lengua y encía lingual; para ello se le pidió al niño que llevara su lengua al paladar, mientras mantiene la boca abierta y con los bajalenguas se examinó el vientre de la lengua, piso de la boca y la encía lingual del lado derecho, separando la lengua de atrás hacia adelante de manera que quede expuesta ampliamente la región que se examinará. Para examinar el lado izquierdo se procedió de manera semejante.

Se anotó en la ficha los datos obtenidos marcando con una X el hallazgo.

Se continuó con el examen de piso de boca anotando con una X la existencia de los hallazgos.

Para la etapa del examen de los tejidos duros, piezas dentarias, el procedimiento se inició en la arcada superior con la pieza más posterior del lado derecho y se continuó con el lado izquierdo, pasando seguidamente a la arcada inferior de izquierda a derecha. Se anotó con una X los siguientes hallazgos:

Erupción retardada: si no coincidió al orden de erupción de los dientes de acuerdo con los promedios que se presentan en

el Anexo 1 (Ver indicaciones).

Hipoplasia: si se observaron alteración en la formación del esmalte y la dentina.

MATERIALES E INSTRUMENTOS

- *Para la ejecución del examen se utilizaron los siguientes materiales e instrumentos:*
 - *Bajalenguas*
 - *Espejos dentales*
 - *Exploradores*
 - *Fichas para la recolección de Datos*
 - *Guantes de látex desechables*
 - *Lápiz*
 - *Linterna de mano*
 - *Mascarilla*
 - *Servilletas*
 - *Silla para examinar a los pacientes*
 - *Solución germicida*
 - *Trozos de gasas*

FICHA CLINICA

Paciente No. Se anotó en orden correlativo, con números arábigos.

Fecha. Se anotó el día, mes y año en que se realizó el examen.

Nombre del Paciente. Nombre del paciente registrado en las fichas del Centro de Bienestar Social.

Grado de Desnutrición. El grado de desnutrición encontrado en las fichas del paciente del Centro de Bienestar Social.

Edad. Se anotó la edad del paciente en años y meses cumplidos.

Sexo. Sexo social del paciente, colocando una X para femenino (F) en el espacio correspondiente o una X para masculino (M) respectivamente.

Para los demás incisos se anotó con una X en los espacios correspondientes de cada uno, según los hallazgos como se indicó en metodología.

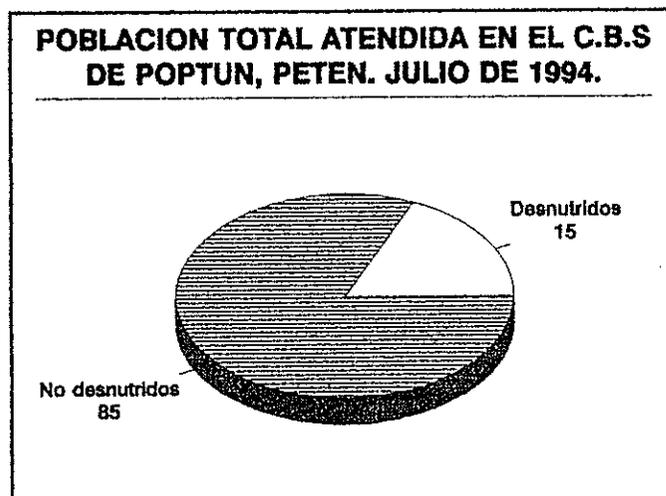
Erupción retardada. "Desarrollo de erupción dentaria permanente en Guatemala." (Anexo 1)

Observaciones y Comentarios. Se deja un espacio al final de la ficha para poder anotar algún signo general imperante como: flácidez muscular, decoloración del cabello, edema general, irritabilidad, apatía, etc., signos característicos de desnutrición.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la siguiente sección, se presentan los resultados encontrados en el Centro de Bienestar Social del Municipio de Poptún, Departamento del Petén. El trabajo de campo de la presente investigación se realizó durante el mes de Julio de 1994. Al momento de realizarse el mismo se encontró una población de 52 niños en dicho Centro.

La gráfica # 1 muestra la población de niños presentes en el Centro de Bienestar Social al momento de realizado el estudio, de los cuales el 15.38% formó parte de la población estudiada, ya que eran los niños que según la Tabla de Peso-Talla, padecían de algún grado de desnutrición.



Gráfica # 1

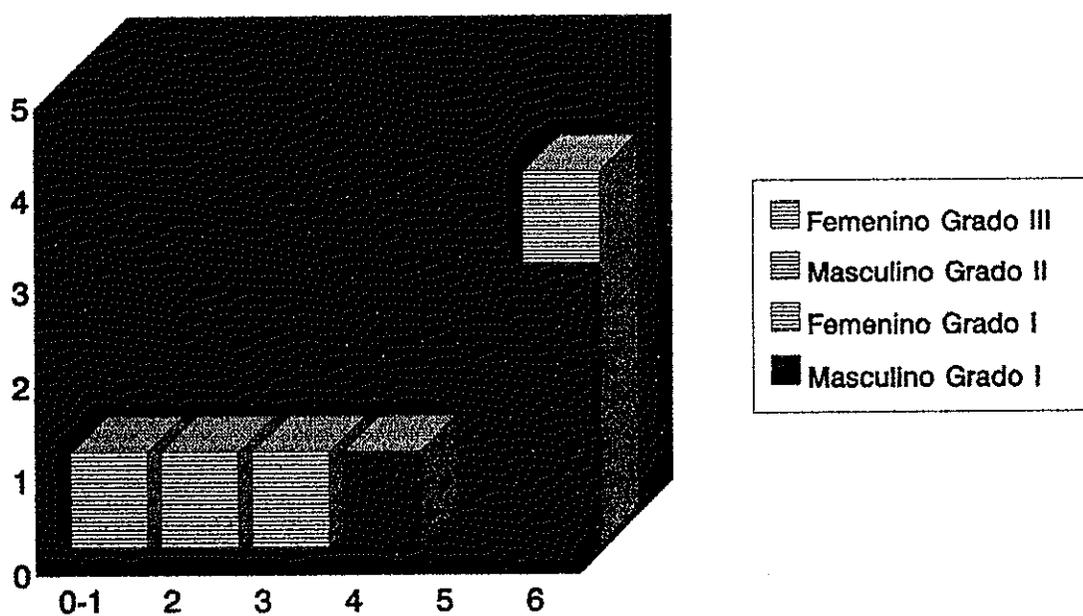
CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS, SEGÚN EDAD, SEXO Y GRADO
DE DESNUTRICIÓN. CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL
MUNICIPIO DE POPTUN, PETEN. JULIO DE 1994.

Grados de Desnutrición	I		II		III		Total:
	F	M	F	M	F	M	
Edad							
Sexo							
0 - 1	1						1
2				1			1
3					1		1
4		1					1
5							0
6	1	3					4
Subtotal:	2	4	0	1	1	0	8
Total:	6		1		1		8

¹ Fuente: Ficha para el registro de datos..

En el cuadro anterior se observa que la población examinada era de edad infantil, con edades comprendidas entre los 0 y los 6 años, cumplidos, de edad. Respecto a la edad la mayoría de niños estuvo en los 6 años cumplidos y respecto al grado de desnutrición que estos padecían, la mayoría se encontró con grado I. Además de ello la mayoría de niños examinados pertenecían al sexo masculino (ver gráficas # 2 y 3).

DISTRIBUCION DE NIÑOS SEGUN EDAD, SEXO Y GRADO DE DESNUTRICION



Fuente: Fichas de recoleccion de datos.

Gráfica # 3

CUADRO No. 2
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN LABIOS,
SEGÚN SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO
DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

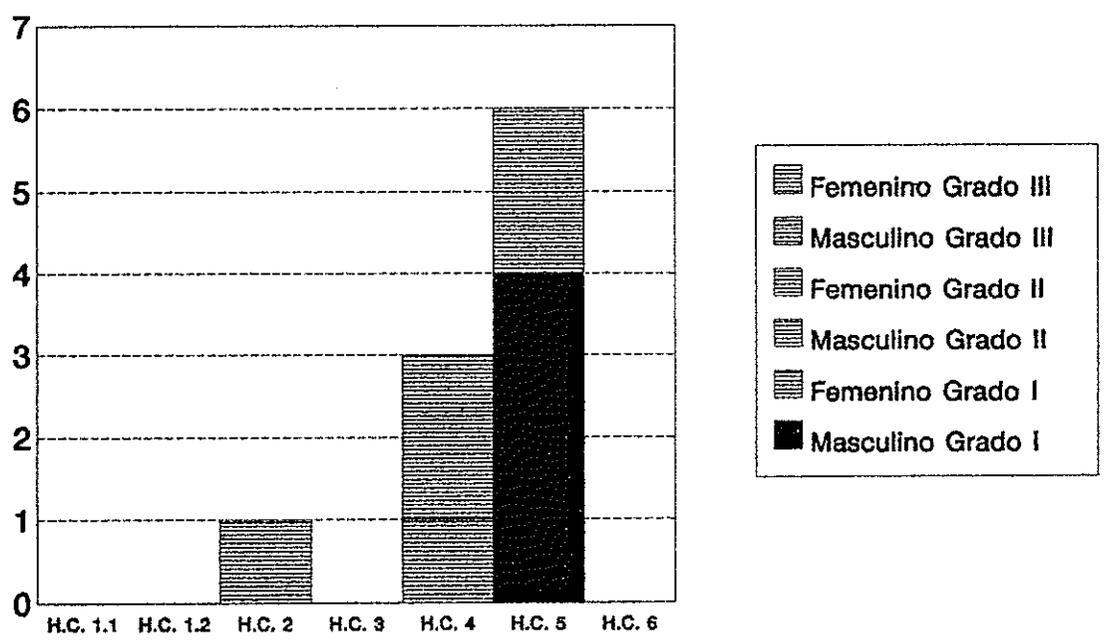
Grados de Desnutrición		I		II		III		Total:
Sexo		F	M	F	M	F	M	
Hallazgos								
Fisuras Comisurales	U1							0
	B2							0
Palidez						1		1
Enrojecimiento								0
Fisuras Labiales		1			1	1		3
Resequedad		2	4		1	1		8
Otros								0
Ninguno								0
Subtotal:		3	4	0	2	3	0	12
Total:		7		2		3		12

¹ Unilateral * Fuente: Ficha para el registro de datos.

² Bilateral

Como se puede notar, todos los niños examinados presentaron algún hallazgo clínico en labios. Siendo el hallazgo más frecuente la resequedad, seguido por las fisuras labiales. La frecuencia de los hallazgos según sexo fue similar y fueron comunes a todos los grados de desnutrición (ver gráfica # 4).

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS CLINICOS EN LABIOS SEGUN SEXO Y GRADO DE DESNUTRICION



H.C.= Hallazgo Clin.

Gráfica # 4

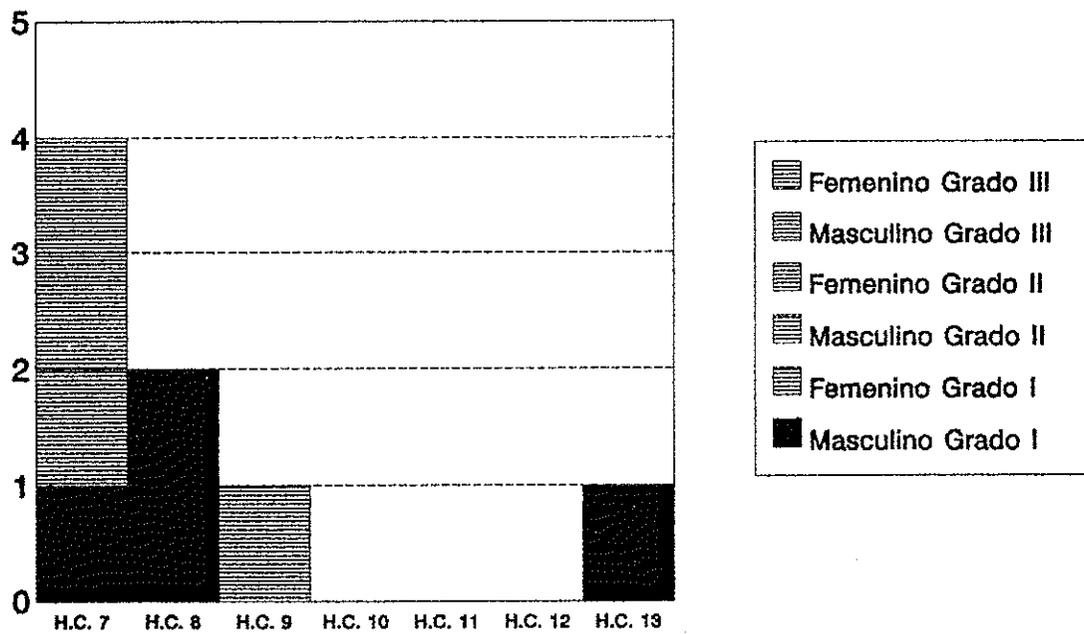
CUADRO No. 3
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN ENCÍA Y CARRILLOS, SEGÚN SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN, PETÉN. JULIO DE 1994.

Grados de Desnutrición	I		II		III		Total:
	F	M	F	M	F	M	
Sexo Hallazgos							
Palidez	1	1		1	1		4
Enrojecimiento		2					2
Agrandamiento	1						1
Leucoplasia							0
Descamación							0
Eritroplasia							0
Otros							0
Ninguno		1					1
Subtotal:	2	4	0	1	1	0	8
Total:	6		1		1		8

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

Se observa que la mayoría de niños examinados presentaron algún hallazgo clínico en encía y carrillos. El hallazgo más frecuente, aunque su apareamiento fue escaso, fue palidez y la distribución de los hallazgos según el grado de desnutrición y sexo no presentó ninguna variación (ver gráfica # 5).

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS CLINICOS EN ENCIAS Y CARRILLOS. CBS POPTUN, PETEN, JULIO 1994.



H.C. = Hallazgo Clin.

Gráfica # 5

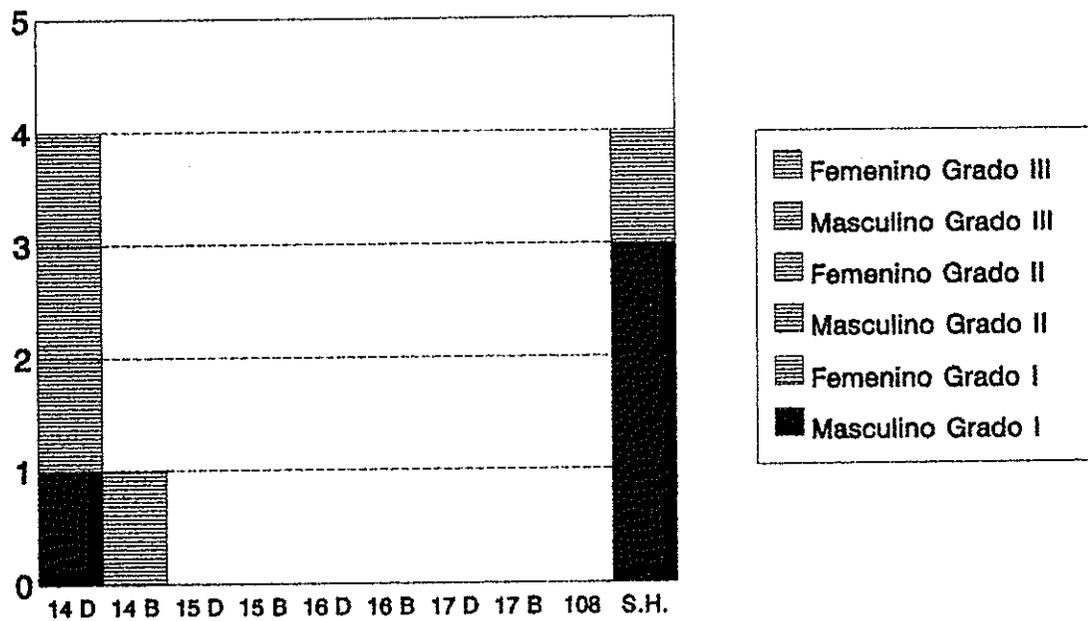
CUADRO No. 4
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN PALADAR,
SEGÚN SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO
DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

Grados de Desnutrición		I		II		III		Subtotal:	Total
Sexo Hallazgos		F	M	F	M	F	M		
Palidez	D1	1	1		1	1		4	5
	B2					1		1	
Enrojecimiento	D							0	0
	B							0	
Ulceraciones	D							0	0
	B							0	
Eritroplasia	D							0	0
	B							0	
Ninguno		1	3					4	4
Subtotal:		2	4	0	1	2	0	0	9
Total:		6		1		2		9	9

1 Duro * Fuente: Ficha para el registro de datos..
2 Blando

Se observa en el cuadro anterior que el 50% de los niños examinados presentaron hallazgos en paladar, que la palidez fue el único hallazgo y que no mostró diferencia en su distribución según grado de desnutrición y sexo (ver gráfica # 6).

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS CLINICOS EN PALADAR, POPTUN, PETEN, JULIO 1994.



H.C.= Hallazgo Clin. S.H.=Sin Hallazgo.

Gráfica # 6

CUADRO No. 5
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN LENGUA,
SEGÚN SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO
DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

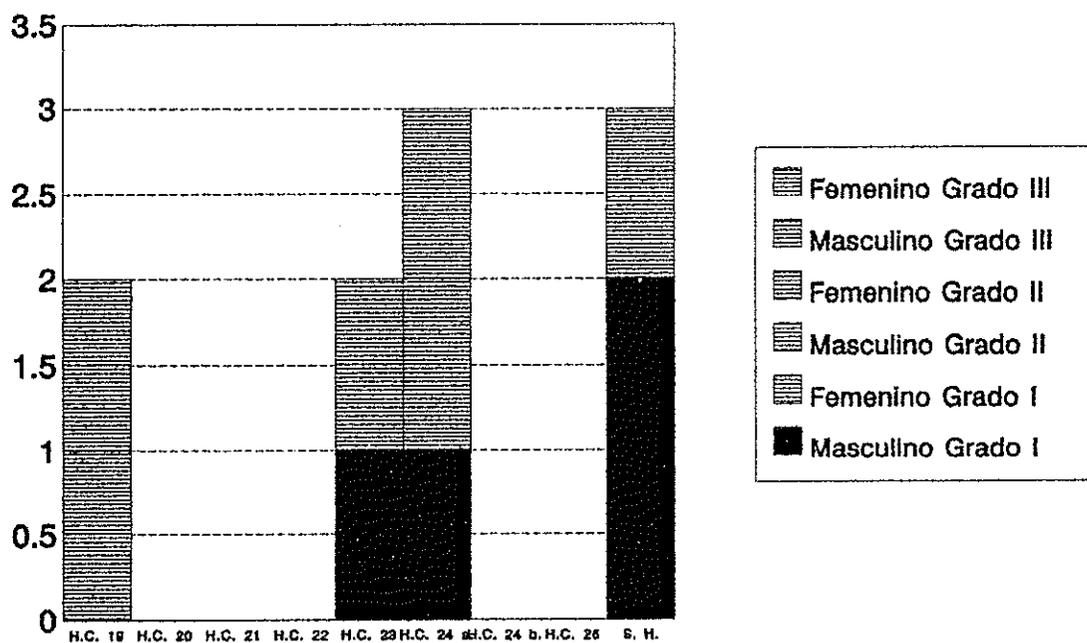
Grados de Desnutrición	I		II		III		Total:
	F	M	F	M	F	M	
Sexo Hallazgos							
Palidez				1	1		2
Enrojecimiento							0
Indentaciones							0
Ulceraciones							0
Fisuras linguales		1			1		2
Depapilación	P ¹	1	1		1		3
	T ²						0
Ninguno	1	2					
Subtotal:	2	4	0	2	2	0	10
Total:	6		2		2		10

¹ Parcial * Fuente: Ficha para el registro de datos..

² Total

Se puede observar que el 63% de la muestra presento hallazgos en lengua, y que el hallazgo más frecuente fue depapilación parcial. No existió variación con respecto a sexo y existieron hallazgos en los tres grados de desnutrición (ver gráfica # 7).

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS CLINICOS EN LENGUA CBS POPTUN, PETEN, JULIO 1994.



H.C.= Hallazgo Clin. S.H.=Sin Hallazgo.

Gráfica # 7

CUADRO No. 5.a.
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS SEGÚN LOCALIZACIÓN
EN LENGUA, EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN GRADO I.
CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN, PETÉN.
JULIO DE 1994.

Localización hallazgos	BASE	DORSO	BORDES	VÉRTICE	VIENTRE	Total
Palidez						0
Enrojecimiento						0
Indentaciones						0
Ulceraciones						0
Fisuras linguals		1				1
Depapilación		2				2
Total:	0	3	0	0	0	3

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

Se puede notar que la única región en la que se presentaron hallazgos clínicos fue el dorso de la lengua y que se presentaron hallazgos en el 50% de los niños con desnutrición grado I.

CUADRO No. 5.b.
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS SEGÚN
LOCALIZACIÓN EN LENGUA, EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN
GRADO II,
CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

Localización Hallazgos	BASE	DORSO	BORDES	VÉRTICE	VIENTRE	Total
Palidez		1		1		2
Enrojecimiento						0
Indentaciones						0
Ulceraciones						0
Fisuras linguals						0
Depapilación		1				1
Total:	1	2				3

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

Aquí se observa que en el niño con desnutrición grado II se presentaron hallazgos en dorso y vértice de lengua, con la diferencia respecto a los niños con desnutrición grado I de que aquí apareció palidez (Ver cuadro 5a.).

CUADRO No. 5.c.
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS SEGÚN
LOCALIZACIÓN EN LENGUA, EN NIÑOS CON DESNUTRICIÓN
GRADO III,
CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

Localización Hallazgos	BASE	DORSO	BORDES	VERDOSA	VIENTRE	Total
Palidez	1	1	1	1	1	5
Enrojecimiento						0
Indentaciones						0
Ulceraciones						0
Fisuras linguals		1				1
Depapilación						0
Total:	1	2	1	1	1	6

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

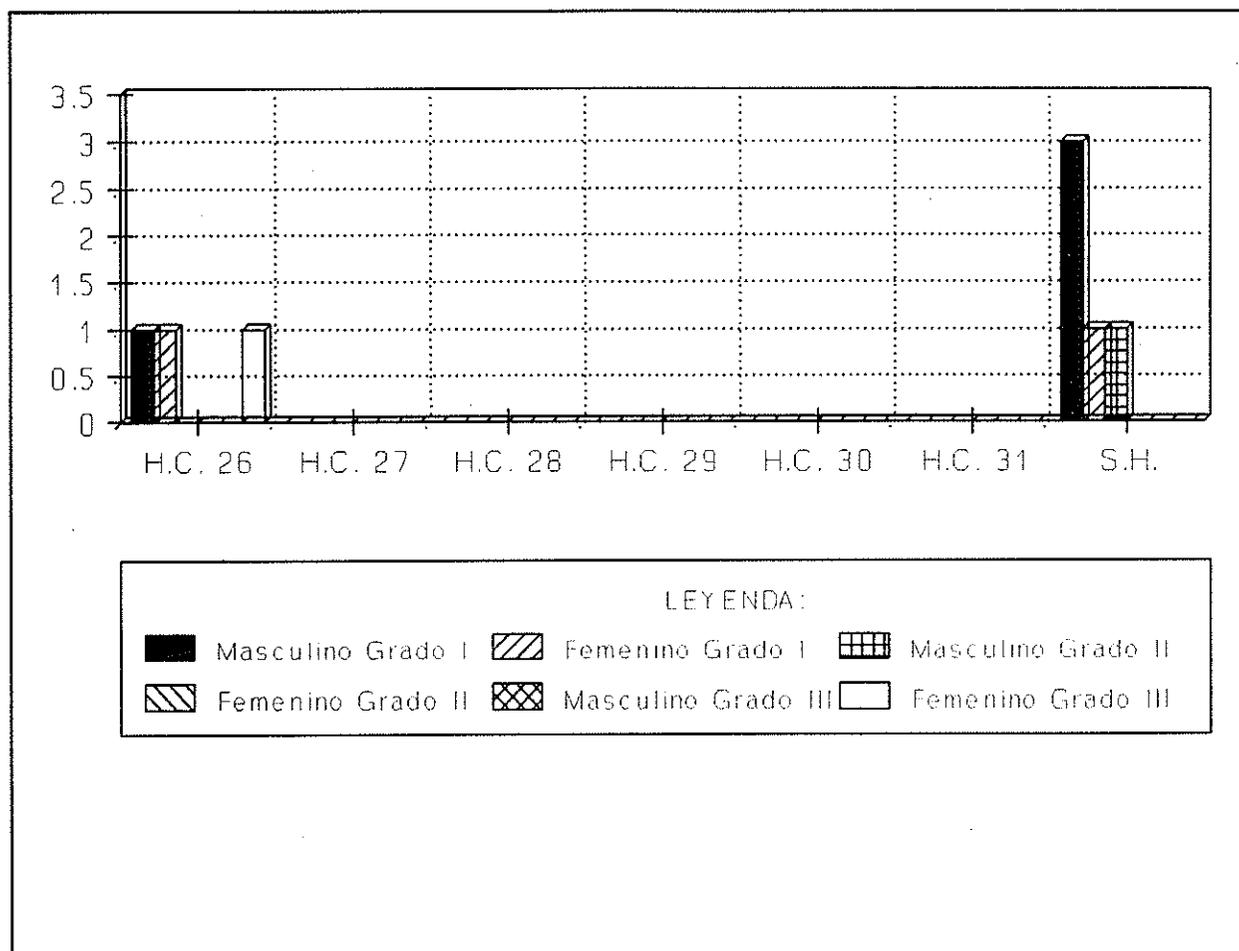
En el caso observado de desnutrición grado II se presentó palidez generalizada de la lengua y un hallazgo adicional que consistió en fisuras.

CUADRO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN PISO DE BOCA,
SEGÚN SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO
DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
PETÉN. JULIO DE 1994.

Grados de Desnutrición	I		II		III		Total:
	F	M	F	M	F	M	
Hallazgos							
Palidez	1	1			1		3
Enrojecimiento							0
Ulceraciones							0
Leucoplasia							0
Eritroplasia							0
Subtotal:	2	4	0	1	1	0	8
Total:	6		1		1		8

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

Observamos que se presentaron hallazgos clínicos en el piso de boca en el 37% de la muestra y que el único hallazgo fue palidez. No se presentó ninguna variación en la distribución según sexo y grado de desnutrición (ver gráfica # 8).



Gráfica # 8

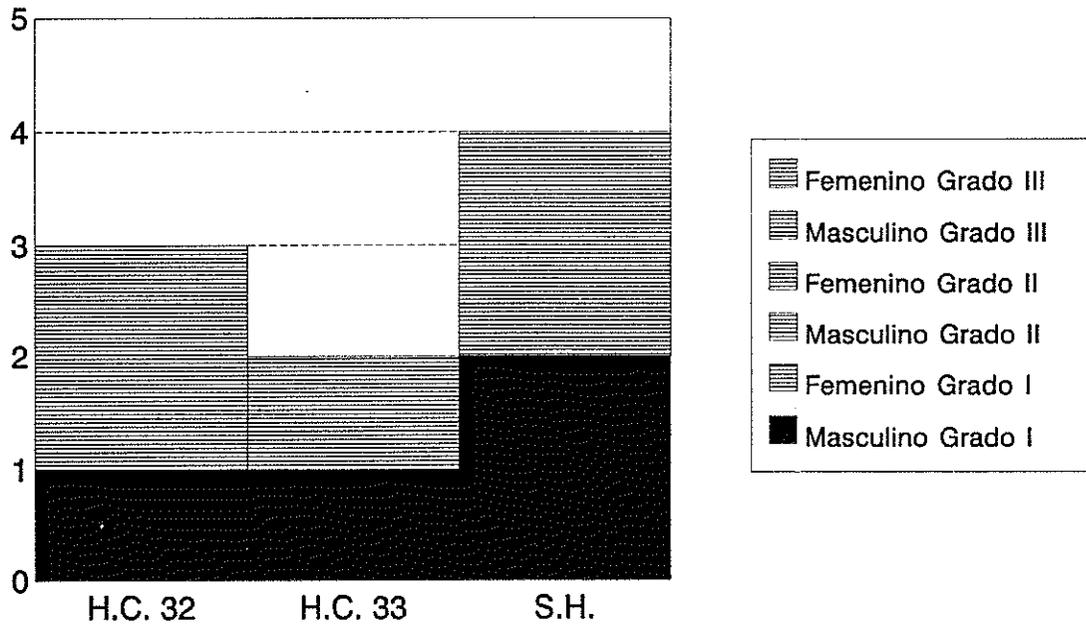
CUADRO No. 7
 DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS EN PIEZAS DENTARIAS, SEGÚN
 SEXO Y GRADOS DE DESNUTRICIÓN. CENTRO
 DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN,
 PETÉN. JULIO DE 1994.

Grados de Desnutrición	I		II		III		Total:
Sexo Hallazgos	F	M	F	M	F	M	
Erupción Retardada	2	1					3
Hipoplasias	1	1					2
Subtotal:	3	4	0	1	1	0	9
Total:	7		1		1		9

* Fuente: Ficha para el registro de datos..

Se puede observar que el 50% de la muestra presentó hallazgos en piezas dentarias, principalmente en los niños con grado de desnutrición I, la distribución según sexo no presentó variación (ver gráfica # 9).

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS CLINICOS EN PIEZAS DENTARIAS, POPTUN, PETEN, JULIO 1994.



H.C.= Hallazgo Clin. S.H.=Sin Hallazgo.

Gráfica # 9

CUADRO No. 8
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS SEGÚN REGIONES DE LA CAVIDAD
BUCAL. CENTRO DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE POPTUN, PETÉN.
JULIO DE 1994.

Hallazgos	Labios			Encía-Carrillo			Paladar			Lengua			Piso de Boca			Pieza Dentaria			Total
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
Resequedad	6	1	1																8
Palidez			1	2	1	1	2	1	1		1	1	2		1				14
Fisuras	1	1	1							1		1							5
Enrojecimiento				2															2
Agrandamiento				1															1
Depapilación	p ²									2	1								3
	T ³																		0
Hipoplasias																2			2
Erupción Retardada																3			3
Otros																			0
Ninguno				1			4			3			4	1					13
Subtotal	7	2	3	6	1	1	6	1	1	6	2	2	6	1	1	5	0	0	51
Total	12			8			8			10			8			5			51

¹ Grados de desnutrición.

² Parcial.

³ Total.

Fuente: Ficha para el registro de datos.

Se observaron hallazgos clínicos en todas las regiones de la cavidad bucal, encontrándose en los labios la mayor cantidad de los mismos, seguidos por la encía, los carrillos y la lengua. Los hallazgos encontrados con más frecuencia en orden descendente fueron palidez, resequedad y fisuras. No se presentó variación en la frecuencia de los hallazgos según grado de desnutrición.

CUADRO No. 9
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS BUCALES CLÍNICOS SEGÚN
EDAD C.B.S. POPTUN PETÉN JULIO DE 1994.

Región	0-1 años	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	Total
Hallazgos							
Resequedad	1	1	1	1		4	8
Palidez	1	1	1	1		1	5
Fisuras	1	1	1	1		1	5
Enrojecimiento						2	2
Agrandamiento						1	1
Depapilación	p ¹	1				2	3
	T ²						0
Hipoplasias	1			1			2
Erupción Retardada	1					2	3
Total	5	4	3	4		13	29

¹ Parcial.

² Total.

Fuente: Ficha para el registro de datos..

El cuadro No. 9 muestra que el grupo de 6 años fue el más afectado seguido del de 1 año, siendo resequedad, palidez y fisuras de labios los hallazgos bucales clínicos más frecuentes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los hallazgos Clínicos en Cavidad Bucal fueron escasos, siendo los más frecuentes Palidez, Resequedad de labios, fisuras en labios, lo cual se ha observado en aquellos casos en los que hay desnutrición debido a deficiencia de Vitamina B1 o Tiamina y vitamina B2 o Ribo flavina, según información recabada en el Marco Teórico.

De la totalidad de los niños examinados 6 se encontraron con desnutrición grado I, 1 con grado II y 1 con grado III.

El sexo masculino fue el más afectado, probablemente porque se examinaron mayor número de niños del sexo masculino, siendo 4 los que presentaron desnutrición grado I y 2 de sexo femenino con el mismo grado de desnutrición así como 1 de sexo femenino con grado II de desnutrición y 1 de sexo masculino con grado III de desnutrición.

CONCLUSIONES.

- La población con diagnóstico de desnutrición del CBS de Poptún, Petén, estuvo comprendida en los grados I, II y III de desnutrición.
- El hallazgo clínico que más frecuentemente se encontró fue Palidez, seguida de resequedad de los Labios.
- La región de la cavidad bucal en donde los hallazgos clínicos se presentaron en forma mínima o no se presentaron fue el Piso de Boca.
- El mayor número de casos se presentó en sexo femenino en Desnutrición grado I, II y III.
- Como dato adicional e importante se encontraron problemas con respecto a higiene oral, enfermedad periodontal y caries de la población estudiada; manifestándose una inquietud en las personas que laboran en la Institución, para que se brinde atención odontológica a los niños que ahí se atienden.

RECOMENDACIONES.

- *Recomendar a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que se busquen mecanismos que permitan brindar atención odontológica a la población infantil que es atendida en los Centros de Bienestar Social y Hogares sustitutos (por ejemplo, a través de los estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado, EPS, último año de la carrera de Cirujano Dentista).*

- *Incluir dentro del curriculum de estudios, para los estudiantes del curso de clínica estomatológica, en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, lo que es desnutrición y los hallazgos bucales clínicos en los niños desnutridos, obtenidos en esta investigación.*

- *Tomar en cuenta los datos obtenidos como base para realizar un estudio comparativo que permita establecer si los hallazgos bucales clínicos son manifestaciones de desnutrición.*

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- La muestra de niños desnutridos examinados fue muy escasa.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA NACIONAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Gómez, R. A. Lesiones bucales en niños desnutridos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6-16 años, de la Villa de Chicacao Suchitepéquez. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1993. 127p.
2. Beeson, P., W. Mc Dermott y J. B. Wyngaarden. Cecil textbook of medicine. 5th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1979. v.II pp. 1684-8, 1889-90.
3. Behrman, R. E. Nelson tratado de pediatría. 13a. ed. México, Interamericana-Mc Graw-Hill, 1987. v.I pp. 114, 118, 122-125.
4. Bhaskar, S. N. Patología bucal. 6a. ed. traducido por E. G. Espinal y M. B. Guglielmotti. Buenos Aires, El Ateneo, 1981. pp. 465-468.
5. Casas, J. A. Análisis de la situación de salud por regiones. Guatemala, OPS, 1992. (Publicaciones Científicas y técnicas).
6. Cecil, W. Tratado de medicina interna. 18a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, 1991. v.I pp. 1382-1384.
7. Chávez, A. Nutrición y desarrollo infantil. México, Interamericana, 1987. pp. 93-117.
8. Gall, F. Diccionario geográfico de Guatemala. Guatemala, Tipografía Nacional, 1983. v.II p. 523, v.III p. 1060.
9. Galiano Padilla, R. Lesiones orales en niños desnutridos. Tesis (Cirujano Dentista). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1978. 76p.
10. García Pelayo, R. Diccionario Larousse. México, Larousse, 1980. pp. 390, 185, 535.
11. García Tamayo, F. La inmunidad del niño desnutrido. Bol Méd, Hosp Infant Méx 39(11): 697-706, nov 1982.
12. Gereda Taracena, R. Manifestaciones orales de la desnutrición infantil. Rev Guatemal Estomatol 3(1): 29-31, enero-abril 1973.
13. Giunta, J.L. Patología bucal. 3a. ed. traducido por A.M. Pérez Tamayo, México, Interamericana, 1991. p.57.
14. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Causas de la desnutrición proteínico-energética. Guatemala, INCAP, 1988. 17p.



15. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Cursillo sobre tratamiento del niño desnutrido. Guatemala, Escuela de Nutrición, Asociación Pediátrica de Guatemala, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, marzo 1991. 25p.
16. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Diagnóstico de la desnutrición proteínico-energética. Guatemala, INCAP, 1988. 16p.
17. Katz, S. Odontología preventiva en acción. Traducido por Simón Katz. Argentina, Médica Panamericana, 1975. pp. 799-822.
18. Kendrick, J.B. El doctor de la salud. Argentina, Calif, 1984. 38p.
19. López Acevedo, C.F. Anatomía e histología clínica de la cavidad oral. Rev ALAFO 4: 103-119, julio 1969.
20. López Acevedo, C.F. Manual de patología oral. Guatemala, Editorial Universitaria, 1984. pp. 430-440. (Colección Aula No.16).
21. Madden, L.A. Entrevista de Salud. (Entrevista con S.H.Witwer). Argentina, s.e. 1984. 3p.
22. Robbins, S.L. Patología humana. 3a. ed. México, Interamericana, 1988. p.650.
23. Robbins, S.L. y V. Kumar. Patología humana. 4a. ed. México, Interamericana, 1990. 798p.
24. Shafer, W.G. y B.M. Levy. Patología bucal. Traducido por Horad O. Martínez, Buenos Aires, Mundi, 1966. p.449.
25. Shafer, W.G. y B.M. Levy. Tratado de patología bucal. 4a. ed. México, Interamericana, 1990. pp. 663-679.
26. Thoma, K.H. Oral pathology. 6th. ed. Saint Louis, Mosby, 1970. 576p.
27. Torón, B. y F.E. Vitari. Protein-energy malnutrition. 7th. ed. Philadelphia, Modern Nutrition in Health and Disease, 1988. pp. 746-773.
28. Williams, R.S. Nutrición y dietoterapia. México, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1973. pp. 339-365.

Vo. Br.

[Handwritten signature]



A N E X O S :

ANEXO 1

PARA LA ERUPCIÓN RETARDADA

Se considera importante describir la erupción dental en Guatemala. Se aplicó un margen de error de seis meses; más de seis meses la erupción se tomó como retardada.

ERUPCIÓN DENTARIA EN GUATEMALA (Marroquín A. y Sierra O.)

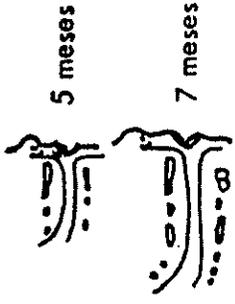
EDAD EN AÑOS	NOMBRE DE LAS PIEZAS DENTARIAS
5.5	Primeras molares inferiores
6.0	Primeras molares superiores
6.5	Centrales inferiores
7.0	Centrales superiores
8.0	Laterales inferiores
8.5	Laterales superiores
9.0	Caninos inferiores
9.5	Primeras premolares inferiores
10.0	Primeras premolares superiores
10.5	Segundas premolares superiores
11.0	Segundas premolares inferiores
11.5	Caninos superiores
12.0	Segundas molares superiores e inferiores
18-25	Terceras molares superiores e inferiores

SECUENCIA USUAL DE ERUPCIÓN DENTAL (Marroquín A. y Sierra O.)

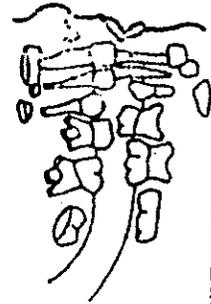
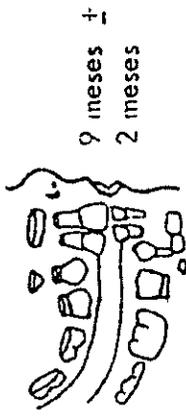
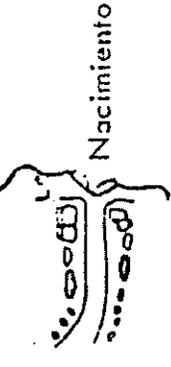
ORDEN	NOMBRE DE LAS PIEZAS DENTARIAS
1	Primera molar inferior
2	Central inferior
3	Primera molar superior
4	Lateral inferior
5	Central superior
6	Lateral superior
7	Canino inferior
8	Primera premolar inferior
9	Primera premolar superior
10	Segunda premolar superior
11	Segunda premolar inferior
12	Caninos superiores
13	Segunda molar inferior
14	Segunda molar superior
15	Terceras molares

DESARROLLO DE LA DENTICION HUMANA

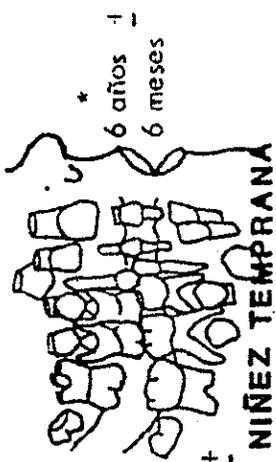
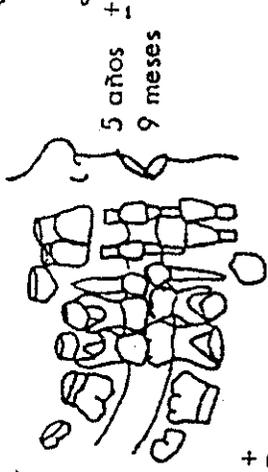
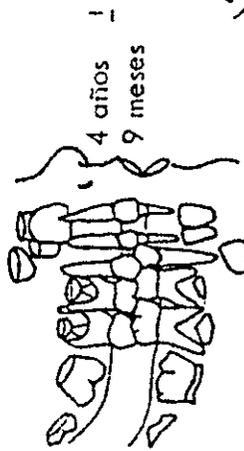
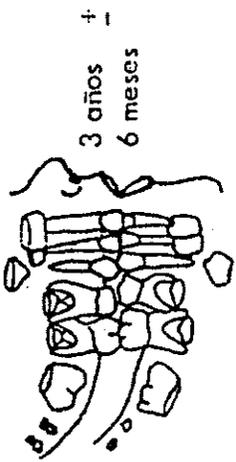
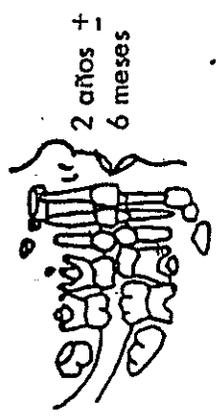
PRENATAL



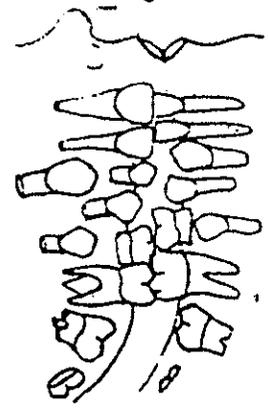
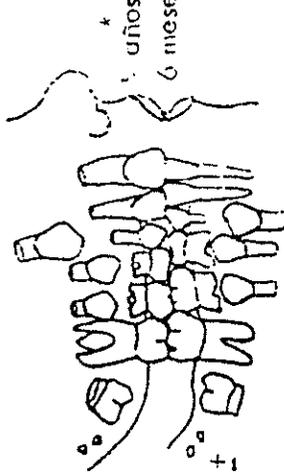
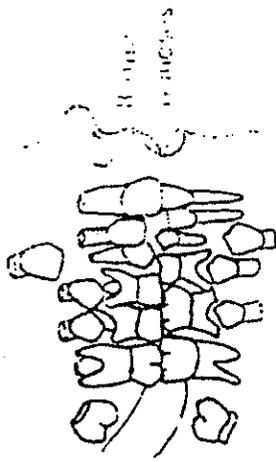
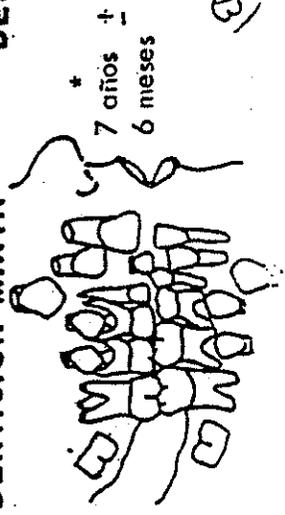
INFANCIA



DENTICION PRIMARIA



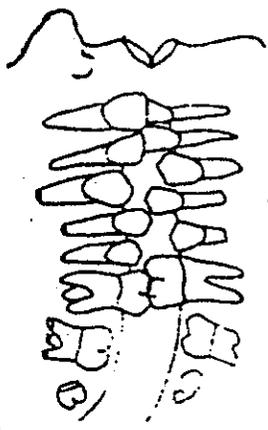
DENTICION MIXTA



DENTICION PERMANENTE

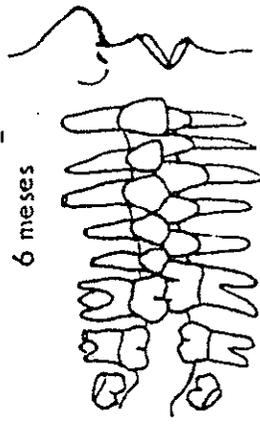
ADOLESCENCIA

11 años +
6 meses



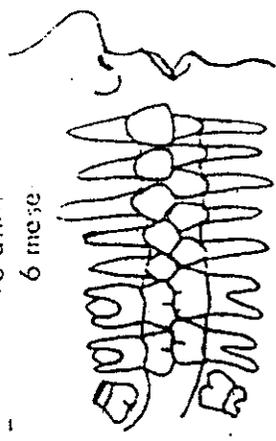
ADOLESCENCIA

12 años +
6 meses



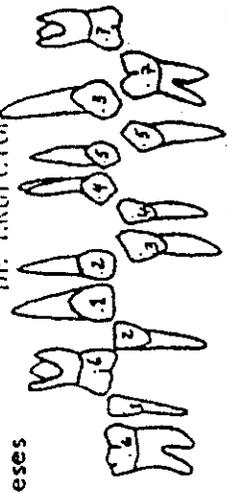
ADOLESCENCIA

13 años +
6 meses



ADOLESCENCIA

SECUENCIA USUAL DE ERUPCION



NIÑEZ MADURA

Edad escolar

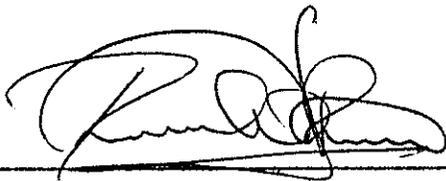
NIÑEZ TEMPRANA

Edad Pre-escolar

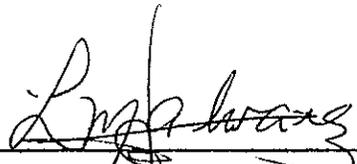

Jorge Alberto Tello Motta
Sustentante

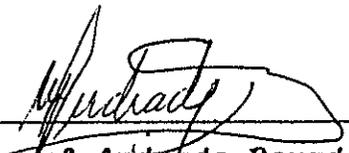

Dr. Miguel Arriaga Franco
Asesor


Dra. Mirna Calderón Márquez
Asesora


Dr. Ronald M. Ponce de León
Comisión de Tesis




Dr. Luis Alvarez Segura
Comisión de Tesis

Imprimase:

Dr. Manuel Andrés Bourdet
Secretario

