

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN
VALENCIA – ESTADO CARABOBO**

LA MALNUTRICIÓN Y LOS PROBLEMAS DENTALES

**Autores:
Hernández, Ibis
Hernández, Yesenia
Prof. Carlos A. Sierra**

VALENCIA NOVIEMBRE DEL 2002

DEDICATORIA

A dios nuestro señor por estar siempre en mi vida y permitir alcanzar siempre mis metas.

A mis padres Juan y Josefina y demás familiares hermanos sobrinos, a mi hija Cristina Alejandra y mi esposo Alejandro, a mis abuelos maternos el cual siempre me han apoyado y acompañaron en los momentos de dificultad que se presentaron para el logro de mis metas.

Ibis Hernández

DEDICATORIA

A mis padres Rita y Carlos, y demás familiares hermanos tíos primos, que siempre han estado allí apoyándome y alentándome, que por más dificultad que se presentan iba a lograr mi meta.

Y a las personas que en algún momento han sido especiales.
A todos mil gracias.

Yesenia Hernández

AGRADECIMIENTO

Primeramente a dios y a la Virgen por ser mi guía espiritual orientar en la senda del proceder y haberme permitido alcanzar tan difícil meta.

A mis Padres, Mamá por tu apoyo incondicional y perseverancia que siempre me brindaste, Papá aunque no estas en vida se que donde te encuentres se que siempre velaste y siempre velaras por mi. A mis hermanos que me ayudaron en todo momento.

Agradezco a todas aquellas personas que estuvieron de algún modo u otro que ver en mi carrera.

Al Lic. Carlos Sierra por su valiosa colaboración y dedicación para el desarrollo de esta investigación.

A la máxima casa de estudio Universidad de Carabobo por brindarme la oportunidad de culminar mi carrera.

Ibis Hernández

AGRADECIMIENTO

Ante todo a Dios todo poderoso y a la Virgen de Betania. Ya me doy cuenta que mis suplicas fueron escuchadas. A mis Padres. Mamá por tu apoyo y comprensión, Papá aunque lejos siempre allí dándome aliento, a mi Hermana Yelitza siempre me guiaste y ayudaste. A mis demás familiares, mi tía Ana, Titi Be demás tíos tías primos gracias.

En especial también a mis familiares ausentes, que se que allá arriba están llenos de alegrías por haber alcanzado mi mayor meta.

Al Prof. Sierra por guiarnos para la realización de esta investigación. Demás personas que me han ayudado en todo este camino mil gracias...

Yesenia Hernández

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I : EL PROBLEMA	
1.1	
Planteamiento.....	3
1.2 Objetivos.....	6
1.3 Justificación.....	7
CAPITULO II : INVESTIGACIONES	
2.1 Investigaciones Nacionales.....	11
2.2 Investigaciones Internacionales.....	13
CAPITULO III : MALNUTRICIÓN Y SUS TIPOS	
3.1 Conceptos Básicos.....	15
3.2	
Clasificación	y.
Etiología.....	18
3.3 Manifestación Clínica, Datos de Laboratorio y Prevención.....	20
CAPITULO IV : SIGNOS CLINICOS Y MANIFESTACIONES	

BUCALES DE LA MALNUTRICIÓN

4.1 Signos Clínicos.....	25
4.2 Manifestaciones Bucales.....	29

CAPITULO V :TRATAMIENTO Y RELACION MALNUTRICIÓN

CAVIDAD BUCAL

5.1 Tratamiento General.....	34
5.2 Tratamiento en el Niño que ha Pasado la Época de Lactancia... 36	
5.3 Relación, Malnutrición–Cavidad Bucal.....	39
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	45

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN
VALENCIA – ESTADO CARABOBO**

LA MALNUTRICIÓN Y LOS PROBLEMAS DENTALES

**AUTORES: HERNÁNDEZ, IBIS
HERNÁNDEZ, YESENIA
PROF. CARLOS A. SIERRA
AÑO: 2002**

RESUMEN

La investigación es de tipo documental cuyo propósito fue explicar la malnutrición y los problemas dentales. La malnutrición, es un trastorno debido a la ingesta inadecuada de alimentos o mala absorción, es una patología muy frecuente en el mundo, con manifestaciones clínicas relevantes, las cuales pueden llevar a la muerte de un individuo, es una patología común en los países subdesarrollados. Debido a las condiciones y calidad de vida. Va a depender su clasificación, de la gravedad de las manifestaciones. En el ámbito nacional e internacional, se han llevado varias investigaciones relacionadas con el tema: Arrojando como resultado, que dependiendo de la severidad de la malnutrición, así de severa o grave es la enfermedad bucal, así como también que los niños con desnutrición, se recuperan notablemente, pero si existe defectos en la erupción y desarrollo dentario. El mantenimiento de una buena nutrición es esencial y varia de un individuo a otro. En la desnutrición grave, es donde se presentan los signos y síntomas mas graves, que

alteran el ámbito corporal y los parámetros de laboratorio; llegando incluso hasta la muerte. Las alteraciones son debido al déficit alimentario y vitamínico. En años atrás se ha comprobado que la malnutrición es una de las principales causas de los problemas dentales, los individuos son susceptibles a caries, problemas periodontales, maloclusiones, así como también a enfermedades oportunistas. Lo principal es el mayor conocimiento de la población socio-económico baja de la importancia de una alimentación adecuada y prevención mediante visitas periódicas a especialistas en la materia.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición se trata de un trastorno relativo a la nutrición , se deba una dieta desequilibrada e insuficiente, como a un defecto de la absorción, la asimilación o a la utilización de los alimentos. (Diccionario Mosby 1996).

La malnutrición proteico-calorica es una patología que deriva de una ingesta insuficiente tanto en calorías como en proteínas, muy frecuente en el mundo entero, que se manifiesta por una disminución exagerada del peso corporal, con marcados pliegues cutáneos, producto de la misma disminución del peso, letargo, atrofia de los músculos, datos de laboratorios alterados, coloración y textura del cabello alterado, hasta el punto de llegar a la muerte del individuo. (Harrison 1994).

Esta patología es muy como en la poblaciones de los países subdesarrollados, debido a una falta de ingesta por cuanto a su condiciones y calidad de vida de estos individuos, a la falta de recursos económicos, educativos y culturales. (Curso de Orientación Familiar Medicina y Salud 1981).

La malnutrición proteico-calorica es exclusiva de los seres humanos, incidiendo con mayor frecuencia en la población infantil comprendidas entre los primeros meses de vida hasta su adolescencia, debido a la dependencia que tienen este grupo de individuos con sus madres, en cuanto a su nivel alimenticio. (Nelson 1997).

Esta patología presenta varias etapas y clasificaciones, que dependen de la cantidad de signos y síntomas ,presentes en el individuo observado, y debido a los resultados que se obtienen de los datos de laboratorios y los estudios clínicos y físicos realizados.

El porcentaje de malnutrición en todo el mundo ,tiende a aumentar estableciéndose que los países con mayor problema son los subdesarrollados, en Venezuela la tasa de desnutrición varia de un estatus social a otro, y por las condiciones de vida presente, el objetivo de la investigación es ver la relación existente entre la malnutrición proteico-calorica con los defectos y enfermedades bucales.

CAPITULO I

El Problema

Planteamiento del Problema:

En los últimos años el índice de desnutrición ha aumentado considerablemente, como consecuencia de una ingesta incorrecta o insuficiente o a un déficit de absorción de los alimentos, y también a por las alteraciones metabólicas, enfermedades y administración de antibióticos que pueden aumentar la necesidad de nutrientes especiales. Este trastorno puede ser agudo o crónico, reversible o irreversible, convirtiéndose así en unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil; ya que afecta fundamentalmente a los niños pequeños en la etapa de lactancia y edad escolar, la cual es una etapa importante para el crecimiento y maduración de los distintos tejidos y órganos. (Nelson 1997).

El mantenimiento de una buena nutrición es esencial tanto para desarrollar una actividad completa como para prevenir las enfermedades. Es posible evitar o modificar muchas complicaciones debilitantes prestando atención al estado y a las deficiencias nutricionales. (Ob cit).

La malnutrición puede deberse a una ingesta incorrecta, insuficiente o a una deficiente absorción de los alimentos. La ingesta puede ser limitada por un aporte insuficiente, unos

malos hábitos dietéticos, el desinterés por los alimentos y ciertos factores emocionales. Determinadas alteraciones metabólicas también pueden producir enfermedades y la administración de antibióticos o fármacos catabólicos o anabólicos pueden aumentar las necesidades de nutrientes esenciales. La malnutrición puede ser aguda o crónica reversible o irreversible. (Nelson Tratado de Pediatría 1.997).

El diagnóstico de malnutrición se basa en la anamnesis dietética precisa, en la evaluación de las desviaciones existentes en la altura, el peso, el perímetro cefálico y la velocidad de crecimiento medios, en las medidas comparativas del perímetro de la porción media del brazo y del grosor del pliegue cutáneo, y en pruebas químicas y de otro tipo. La disminución del grosor del pliegue cutáneo sugiere una malnutrición proteicocalórica. (Nelson 1.997).

La malnutrición proteicocalórica se clasifica según el grado de severidad en los siguientes grados: primero (leve), segundo (moderado), tercero (grave). La malnutrición proteicocalórica leve se caracteriza por disminución del crecimiento en el niño, la moderada por alteraciones bioquímicas sobreañadidas y la grave por la aparición de los signos clínicos adicionales. (Merk 1.994).

Para la supervivencia es básico cubrir las necesidades energéticas, y las vías por las que esto se consigue a partir de fuentes proteicas y no proteicas determina el tipo de malnutrición proteicocalórica grave que se produce. Una dieta

con excesivas calorías no proteicas, a partir de almidón azúcares y grasas, pero deficiente en proteínas totales y r malnutrición. El stress las

Aminoácidos esenciales, puede originar, con el tiempo un **Kwashiorkor**. La deficiencia grave en el aporte energético y de nutrientes produce inanición total, que se denomina **Marasmo**. (Merk. 1.997)

Una de las causas de la desnutrición es la falta de recursos e información sobre dicha problemática, una mala alimentación tanto del niño como de la mujer embarazada y descuido de los padres.

Se han realizado muchas investigaciones con las cuales se han comprobado que la desnutrición ocasiona múltiples alteraciones inmunológicas, renales, psicológicas, gastrointestinales, endocrinas, vitamínicas, entre otras; pero no se conoce con exactitud los trastornos ocasionados en las piezas dentarios y tejidos adyacentes, se desconocen los problemas dentales ocasionados por una deficiencia proteico-acalórica; y es este el punto de nuestra investigación.

El objetivo de la investigación es comentar ¿La malnutrición y los problemas dentarios?.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

- ❖ Explicar la malnutrición y su relación con los problemas dentarios.

Objetivos Específicos:

- ❖ Comentar investigaciones nacionales e internacionales vinculadas con la malnutrición y su relación con las enfermedades dentales.
- ❖ Describir la malnutrición y sus tipos.
- ❖ Describir los signos clínicos de la malnutrición y las distintas manifestaciones bucales.
- ❖ Exponer el tratamiento de la malnutrición y la relación malnutrición-cavidad bucal

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio de los trastornos dentales puede obtenerse por la inspección de la cavidad oral. Esto es posible gracias al muy sensible barómetro del equilibrio sistemático que es la boca.

Los síntomas y signos orales dentro de los grupos. Algunos de éstos hallazgos son muy característicos, aunque generalmente no patognomónicos, de una enfermedad específica o de una familia de enfermedades. Otros reflejan, a través de indicaciones inespecíficas, simplemente la presencia de una enfermedad crónica.

Los signos y síntomas de aproximadamente cincuenta enfermedades generalizadas son bastantes característicos para justificar cada uno en especial. Estas enfermedades están influenciadas por muchos factores, entre ellos agentes biológicos, intoxicación química, desequilibrio hormonal, deficiencia nutricional, factores en el desarrollo y falta de adaptación al estrés. (Merk 1994).

En las deficiencias nutricionales del organismo pueden considerarse, cuando éste no posee una gran capacidad de adaptación en el empleo de sustancias nutritivas, inclusive de las que son esenciales. Esta capacidad varía con la magnitud de las reservas y con las características metabólicas del nutrimento, pero para los más esenciales hay un gran margen entre el aporte que apenas impide las manifestaciones clínicas de la enfermedad deficitaria y el nivel máximo de almacenamiento del mismo. En otras palabras

existe un amplio espectro de nutrición o estado nutritivo y los estados deficitarios. (Ob Cit).

Entre las enfermedades deficitarias pueden encontrarse algunos de tipos ligeros, y requerir de un examen minucioso como en el caso de las lesiones gingivales discretas del escorbuto o pueden ser más graves como en el caso de la deficiencia de vitamina A, que puede ocasionar hipoplasia del esmalte. Un signo evidente de la anemia de *Cooley* es la oclusión deficiente de tipo mordedura abierta media en la que los dientes están en contacto en la parte posterior pero no se cierran por delante, esto se debe a un desarrollo del maxilar de forma exagerada. (Cossio 1979).

Por todo lo expuesto la investigación se justifica desde el punto social, ya que va dirigida a la población infantil, que son los forjadores del futuro, para un diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías que aqueja a este grupo etario.

Desde el punto de vista de salud representa un problema más no muy conocido que puede ir de una simple deformación a trastornos graves.

Desde el punto de vista estético trae problemas de conducta de acuerdo a la patología presentada.

El aporte de la investigación es para una formación integra del odontólogo, sobre la problemática existente en todos los sectores socio-económicos del país.

¿Cuál es la importancia de la investigación? La investigación tiene su importancia, por la problemática existente

en la sociedad por las enfermedades bucales y sus consecuencias en la vida del niño y su entorno.

¿A quien beneficia la investigación? Al odontólogo y la población infantil de Venezuela, ya que por descuido y falta de una política preventiva presentan severas enfermedades bucales, las cuales podrían prevenirse y evitarse en un 50% de los casos.

Mecanismos de Evolución del Marasmo.

Se origina por una ingesta calórica inadecuada debido a una dieta insuficiente, a unos hábitos incorrectos o anomalías metabólicas o malformaciones congénitas.

Deficiencia Protéica.

Reducción plasmática de Aminoácidos



Concentración normal de aminoácidos.

Síntesis pro-
Disminución
teica Normal
plasmática de



Aumento en
plasma de



los A.A

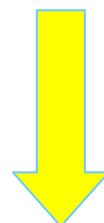
la

hormona

decreci
miento.

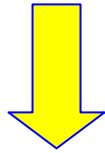
Incremento optimo del cortisol plasmático.

Síntesis normal de

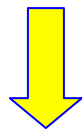


Lipoproteínas

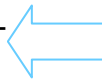
Inhibidos estímulos



respuesta
de la hor-
mona del
crecimiento



Falta filtración gra-
sa del Hígado



Suero plasmático libre de a.a

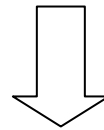


Severos retar

dos del crecimiento

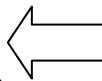
Deficiencia Protéica

Reducción plasmática de a.a.

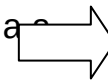


Disminución de la concentración

Disminución de la
Aumenta hormona



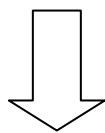
plasmática de a



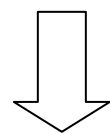
síntesis protéica.
crecimiento en

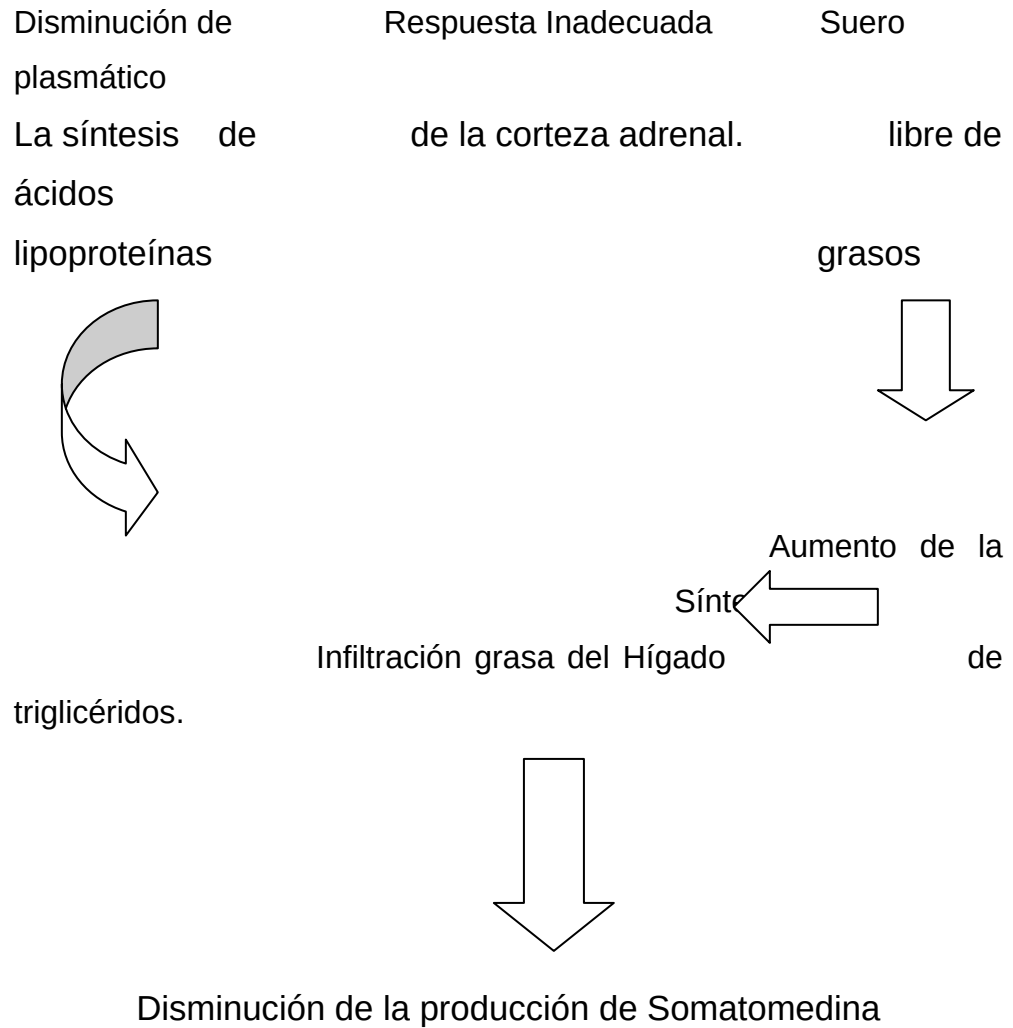
del

plasma



Disminución den plasma a.a





CAPITULO II

Investigaciones Nacionales e Internacionales Relacionadas con la Malnutrición y los Problemas Dentales.

Investigaciones Nacionales:

- ❖ Silva, (1980), lleva a cabo una investigación denominada “Relación entre patología bucal y el grado de desnutrición en los niños hospitalizados en la ciudad hospitalaria Enrique Tejera.” El objetivo de la investigación fue: Analizar la relación o no de la desnutrición; con el cuadro patológico bucal y a su vez, proporcionar información para la formulación de políticas de atención odontológicas al niño hospitalizado con algún grado de desnutrición, y llego a las siguientes conclusiones: existe una relación directamente proporcional entre el grado de desnutrición (leve, moderada y grave), y el estado de salud bucal en el niño hospitalizado. A medida que agrava el cuadro de desnutrición, aumenta la severidad de las afecciones bucales; no existe ningún tipo de atención odontológica integral al niño desnutrido hospitalizado; el estado de salud bucal es lamentable y muestra el total abandono que presentan estos niños hospitalizados.

- ❖ Así mismo Cuartas, (1986), llevo a cabo una investigación la cual es denominada: “Como influye las condiciones de vida en la salud oral de los niños. El objetivo de la investigación fue: “Buscar que nuestro trabajo pueda ser utilizado por nuestros compañeros y cualquier otra persona interesada como material de consulta“. En dicho trabajo tomaran como muestra una pequeña población infantil del barrio “Brisas de Carabobo“ ubicado en el municipio Carabobo, niños en edad comprendida entre los 9 o 10 años de edad, debido a que en esta etapa es donde se deben aplicar los métodos de prevención de las enfermedades buco-dentales y llego a las siguientes conclusiones: los niños de dicha población por su nivel socio-económico bajo, no le suministran los requerimientos necesarios para un mejor fortalecimiento de los dientes y los tejidos adyacentes; presentan un grado alto de deterioro de la salud bucal y un bajo consumo de dieta balanceada, la cual ayuda a la virulencia de las enfermedades bucales, se observo también la falta de educación y prevención de estas afecciones por parte de los padres.

- ❖ De igual manera Figueredo, (1993), llevo a cabo una investigación denominada: “Desnutrición en los niños, principal causa que la provocan y como influyen en una pieza dentaria“. El objetivo de la investigación fue:

“Conocer que es desnutrición y nutrición para informar las características de ambas presentes en un niño, con sus principales causas y que consecuencias trae en la formación y destrucción de la pieza dental. Llego a la siguiente conclusión: Que una buena alimentación no necesita basarse en las condiciones socio-económicas, hay un aumento de la tasa de mortalidad de niños, y una alta tasa de enfermedades bucales por la falta de vitaminas y minerales de la dieta diaria; se requieren cambios significativos en lo que se refiere a la lactancia materna y el proporcionar a su debido tiempo, los alimentos nutritivos a los niños para un mejor desarrollo bucal y general.

- ❖ Por su parte Figueredo, (1998), realizo a cabo una investigación denominada”: Aspecto etiológico de la hipoplasia del esmalte”, El objetivo de la investigación fue: Establecer la relación entre los factores sistémicos y ambientales y la presencia de la hipoplasia de esmalte, en los incisivos y molares de los pacientes del servicio de odontopediatria (Facultad de Odontología Universidad de Carabobo 1997-1998). Tomando como muestra a estudiar, la población de dicho servicio; Concluyendo: de los 596 pacientes observados, 43 pacientes presentaron hipoplasia del esmalte.

No hay predilección por sexo; los tipos de hipoplasia más frecuente fue la opacidad 84,6%; Los factores sistémicos más importantes en la hipoplasia fueron: los déficit nutricionales de la mujer embarazada y recién nacido, seguido de patologías endocrinas, estados febriles e infecciosos y traumatismos de la pieza dental.

Investigaciones Internacionales Relacionadas con La Malnutrición y Los Problemas Dentales.

- ❖ Hernández, C (1980), Realizó un estudio denominado: “Estudio de la recuperación nutricional; El cual tuvo como objetivo: Detectar en niños mal nutridos fetales los problemas de tejidos dentarios, se tomaron un grupo de 200 niños nacidos en el hospital Gineco-obstetra docente “Maria Grajalo” en Santa Clara (Cuba); donde 100 de los niños eran mal nutridos fetales y 100 con crecimiento normal, evaluando así la influencia del factor nutricional en la calidad y textura de la dentición ; Se comprobó el aumento de la incidencia de hipoplasia del esmalte en los niños mal nutridos, como también de igual forma la prevalecía de caries, lo cual revela el papel decisivo de la nutrición en la formación de los tejidos dentarios.
- ❖ Guerrero, Arqueros, (1993), realizaron una investigación denominada: “Crecimiento pondoestructural y craneal,

desarrollo dentario y maduración ósea en niños recuperados de desnutrición marasmica grave". (Chile). Se estudio el crecimiento pondoestructural, craneal y dentario en niños recuperados de desnutrición marasmica grave, con la intención de evaluar la influencia de la desnutrición sobre estas variables; se determinaron las medidas antropométricas de peso, talla y circunferencia craneana. Se tomaron radiografías dentarias y de carpo para el estudio dentario y óseo, respectivamente. Observaron la recuperación del peso, talla, y perímetro cefalometrico a valores normales, No se aprecio alteraciones en el desarrollo dentario, pero sí en la cronología de erupción en los individuos estudiados.

CAPITULO III

LA MALNUTRICIÓN Y SUS TIPOS.

Malnutrición; trastorno relativo a la nutrición. Puede deberse a una dieta desequilibrada o insuficiente, a un defecto en la absorción, asimilación o la utilización de los alimentos. (Diccionario Mosby 1996).

La malnutrición proteico-calórico se basa en una dieta deficiente de calorías como de proteínas (Diccionario Mosby 1996). La malnutrición ha sido estudiada desde hace 1500 años a.c, y en trabajos de Hipócrates, se encuentran manifestaciones de dicho padecimiento, desde entonces esta enfermedad se traduce como desnutrición y es una de las principales causas de enfermedades infantiles llegando así a la morbilidad y mortalidad. Puede ir de los trastornos mas leves a los mas graves, los mas graves y los cuales tienen consecuencias muy graves son el Marasmo y el Kwashiorkor son debidos a una falta de ingestión o falta de absorción de calorías y proteínas, afectando principalmente a los niños muy pequeños. (Ob Cit).

Las necesidades nutricionales varían entre un individuo a otro de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas. Para los recién nacidos y los niños pequeños el objetivo básico son el crecimiento satisfactorio y evitar las situaciones deficitarias. (Nelson 1997):

El mantenimiento de una buena nutrición es esencial, tanto para desarrollar una actividad completa como para

prevenir las enfermedades. Es posible evitar o modificar muchas complicaciones debilitantes prestando atención al estado y a las deficiencias nutricionales. (Ob Cit).

Cuando la ingesta de alimentos es inadecuada, son varios los controles metabólicos que actúan para mantener las funciones orgánicas esenciales. Una de ellas es el mantenimiento de un suministro energético estable al encéfalo. En condiciones normales el encéfalo utiliza glucosa como fuente de energía a ritmo de alrededor 5g/hora (Harrison. El encéfalo puede utilizar cetonas como fuente de energía y lo hace en preferencia a la glucosa, sí aquellas se encuentran suficientemente altas; al contrario de otros tejidos.)

Durante la entrada de elementos nutritivos en la sangre después de la comida y su absorción, es fácil que se suplan las necesidades de energía y aminoácidos a partir de las sustancias que provienen del tubo digestivo, cuando el flujo de nutrientes cesa, las necesidades del organismo son cubiertas por los depósitos orgánicos del mismo.

La malnutrición es una de las causas de morbilidad en el mundo, debido a una ingesta incorrecta, insuficiente o deficiente de los alimentos. La ingesta puede ser limitada por un aporte insuficiente, unos malos hábitos dietéticos, el desinterés por los alimentos y ciertos factores emocionales. Determinadas alteraciones metabólicas también producen malnutrición, el stress las enfermedades y la administración de antibióticos o fármacos catabólicos o anabólicos pueden aumentar las

necesidades de nutrientes esenciales. La malnutrición puede ser aguda o crónica, leve o grave, reversible o irreversible. (Nelson 1997).

El diagnóstico de malnutrición se basa en la anamnesis dietética precisa, en la evaluación de las desviaciones existentes de altura, el peso, el perímetro cefálico y la velocidad de crecimientos medios, en las medidas comparativas del perímetro de la porción media del brazo y del grosor del pliegue cutáneo, pruebas químicas y de otros tipos (Nelson 1997):

El organismo tiene necesidades dietéticas de calorías, proteínas, vitaminas, minerales y grasas que son esenciales para su buen funcionamiento; el organismo humano al poseer deficiencia de dichos nutrientes posee una gran capacidad de adaptación en el empleo de sustancias nutritivas, inclusive de los que son esenciales. Esta capacidad varía de acuerdo con la magnitud de las reservas y con las características metabólicas del nutriente.

Clínicamente se considera como estado deficitarias dos zonas de la nutrición, el primero, enfermedad por deficiencia latente, que se caracteriza por síntomas vagos indefinidos no específicos, el segundo enfermedad por deficiencia clínicamente manifestante moderada e intensa.

La rapidez con la que una persona desarrolla una desnutrición proteico-calórico y su gravedad del consiguiente síndrome depende de varios factores, entre los que se encuentra el estado nutricional en el momento que se inicia la

depravación, la enfermedad subyacente y el estado de desarrollo, el estudio de dicha enfermedad surgió de la investigación en zonas tropicales de un grupo de niños con edades comprendidas entre 1 y 2 años de edad los cuales son más susceptibles a la desnutrición y a sus consecuencias. (Harrison1994):

En especial los trastornos gastrointestinales son fundamentales para el desarrollo de la desnutrición proteico-calórico en lactantes y niños pequeños, ya que dicha enfermedad produce una alteración de los hábitos alimenticios, vómitos, diarrea, disminución en la absorción intestinal, aumento en las necesidades metabólicas y elevación de las perdidas metabólicas. La magnitud del problema es inmensa; la Organización Mundial de la salud calculo para el año 1983 mas de 300 millones de niños tenían retraso del crecimiento debido a la mala nutrición. Otras características adicionales, pero difíciles de cuantificar, son el aumento de la mortalidad y las alteraciones del desarrollo social, económico y del conocimiento.

La desnutrición proteico-calórico no se limita solo a lactantes y niños pequeños, así como también a países poco desarrollados, sino a los ancianos y aun grupo pequeño, pero existentes en las zonas rurales de los países industrializados y desarrollados, como Estados Unidos, en una encuesta para el año 1987 un 11% de la población de niños de familias de

escasos recursos, presentaban un retraso del crecimiento, por debajo del percentil para su edad. (Harrison 1994):

Para la supervivencia es básico cubrir las necesidades energéticas, y las vías por las que esto se consigue a partir de fuentes proteicas y no proteicas, determina el tipo de desnutrición proteico-calórico que se produce. (Ob Cit).

Clasificación y Etiología de la Malnutrición

La malnutrición se clasifica según el grado de severidad en los siguientes grados: Primero (leve), Segundo (moderada), Tercero (grave).

La desnutrición leve se caracteriza por la disminución del crecimiento en niños y adelgazamiento en adultos. La desnutrición moderada se caracteriza por alteraciones bioquímicas, datos de laboratorio; la desnutrición grave se caracteriza por la aparición de signos y síntomas clínicos adicionales. (Ob Cit).

La desnutrición leve o moderada produce una reducción de la masa corporal, y disminución de las grasas que se diagnostica midiendo el área muscular de la mitad del brazo o calculando el índice creatinina⁷estatura. En cambio, la disminución del nitrógeno ureico en orina indicaron mas fidelidad los ajustes fisiológicos realizados por el organismo como consecuencia del déficit de proteínas, de calorías, o de ambas. La reducción del compartimiento de proteínas bisécales puede reflejarse con una disminución de la albúmina serica, la transferían, la proteína fijadora de retinol y la

prealbumina fijadora de la tiroxina, y en un descenso de los linfocitos y una pérdida de la hipersensibilidad cutánea retardada. Funcionalmente puede haber una disminución de la fuerza de agarre con el puño cerrado, evidente deterioro de la capacidad de trabajo; en mujeres embarazadas, trae como consecuencia el alumbramiento de niños de bajo peso y talla al nacer. La cantidad de leche de estas mujeres es insuficiente y no aporta los nutrientes necesarios, ya que carecen de la cantidad necesaria de grasas y calorías para el niño. (Ob Cit).

Desnutrición grave: presenta alteraciones más intensas en el hábito corporal y en los parámetros de laboratorio. Son frecuentes también las carencias de nutrientes específicos, pero la mayor repercusión para la salud se debe a la propia desnutrición proteico-calórico grave. La pérdida de grasa cutánea y la disminución del compartimiento de las proteínas se manifiesta en la consunción muscular de los miembros. La pérdida de masa muscular puede advertirse con la atrofia de los músculos posteriores del brazo y del músculo temporal a los lados de la cabeza, o calculando la masa muscular por la medición de la mitad del brazo. (Cossio 1979).

El Marasmo y el Kwashiorkor, son enfermedades causadas por la malnutrición, se produce fundamentalmente en niños pequeños. Son el tipo de malnutrición más grave, y se debe a una falta de ingestión de calorías y proteínas. El Kwashiorkor, suele producirse cuando el niño no es amamantado, y el Marasmo con menos frecuencia se debe a una incapacidad de asimilar o utilizar las proteínas como consecuencia de un defecto metabólico. (Nelson 1997).

Marasmo (atrofia infantil inanición, atrepsia):

La malnutrición grave en los lactantes es habitual en zonas donde los alimentos son insuficientes, el conocimiento de las técnicas alimentarias no es el adecuado o la higiene es mala. (Ob Cit).

Etiología. El cuadro clínico del marasmo se origina por una ingesta calórica inadecuada debido a una dieta insuficiente, a unos hábitos alimentarios incorrectos como los representados en los trastornos de relación padre-hijo, o a las anomalías metabólicas o malformaciones congénitas. Un trastorno grave de cualquier sistema corporal puede dar lugar a malnutrición. (Ob Cit).

Manifestaciones Clínicas: Al principio existe una incapacidad para ganar peso, seguida por una pérdida del mismo hasta que se presenta la emaciación, con pérdida de la turgencia de la piel que se arruga y se distiende a medida que va desapareciendo la grasa subcutánea. Como la última grasa que se pierde es la de las almohadillas de las mejillas, la cara del lactante se observa un aspecto relativamente normal durante algún tiempo, antes de encogerse y marchitarse. El abdomen puede estar distendido o plano, y el patrón intestinal puede verse con facilidad. Se produce atrofia muscular con hipotonía secundaria. (Harrison 1994).

La temperatura suele ser inferior de la normal, el pulso puede ser lento y el metabolismo basal tiende a estar disminuido. Al principio el niño puede ser inquieto pero más tarde se vuelve apático y el apetito disminuye. El niño suele estar estreñido, pero puede aparecer la llamada diarrea de la emaciación, con heces escasas y frecuentes que contienen moco. (Ob Cit).

La hipoalbuminemia resultante provoca edema en las zonas declive, y la síntesis alterada de B – lipoproteína produce esteatosis hepática. La secreción de insulina se halla estimulada y la de adrenalina y cortisol disminuida.

Tratamiento: se debe restituir y mantener el equilibrio hidroeléctrico. todos los pacientes a excepción de los mas graves, responden a una dieta rica a base de leche , para luego agregársele mas calorías a dicha dieta, a base de cereales y aceite. (MERCK 1997).

KWASHIORKOR (malnutrición proteico-calorica):

Como están creciendo los niños deben consumir suficientes alimentos con nitrógeno para mantener un balance nitrogenado positivo, mientras que los adultos les bastan con mantener un balance nitrogenado neutro.

Etiología: Aunque los déficit de calorías y de otros nutrientes complican los modelos clínicos y químicos, los principales síntomas de la malnutrición proteica se debe a la ingesta insuficiente de proteínas de alto valor biológico. También puede estar alterada la absorción de proteínas, como ocurre en las situaciones de diarrea crónica , en las perdidas anormales de proteínas por proteinuria (nefrosis) , en las infecciones, en las hemorragias o en las quemaduras, y en la síntesis proteica insuficiente, como sucede en las hepatopatías crónicas. (Cossio 1979).

El kwashiorkor es un síndrome clínico secundario a un grave déficit de proteínas y a una inadecuada ingesta calorica. El déficit de vitaminas y minerales, causado bien por una falta de ingesta, o bien por perdidas excesivas o aumento en el índice metabólico por

infecciones crónicas, puede contribuir a la aparición de signos y síntomas. Es la forma de malnutrición mas grave y prevalente en el mundo actualmente, especialmente en las zonas industrialmente infradesarrollados . Kwashiorkor significa “niño despuesto”, es decir el niño que deja de mamar, puede empezar a ser evidente desde la infancia precoz hasta los 5 años de edad aproximadamente, habitualmente después del destete, aunque el tratamiento acelera la ganancia de altura y peso, las cifras nunca alcanzan a las de los niños bien nutridos. (Nelson 1997).

Manifestaciones Clínicas: Los datos clínicos precoces de malnutrición son vagos, pero consisten en letárgica, apatía o irritabilidad. Cuando esta avanzada se produce un crecimiento inadecuado, falta de energía, pérdida de tejido muscular, aumento de la susceptibilidad a infecciones y edema. Una de las manifestaciones más graves y constantes es la inmunodeficiencia secundaria. Por ejemplo, el sarampión, una enfermedad relativamente benigna en los niños bien nutridos, puede ser devastadora y mortal en el malnutrido. El niño puede presentar anorexia, flacidez de los tejidos cutáneos, y pérdida del tono muscular. El hígado aumenta de tamaño mas pronto o más tarde; la infiltración grasa es habitual. El edema suele aparecer al principio; la falta de aumento de peso puede estar enmascarada por el edema, que a menudo afecta los órganos internos antes que pueda ser reconocido en la cara y los miembros: El flujo plasmático renal, el filtrado glomerular y la función tubular renal están disminuidos. En las primeras fases de la enfermedad el corazón puede aparecer pequeño, pero más adelante suele estar aumentado de tamaño. (Ob Cit).

La dermatitis es habitual. Las zonas irritadas de la piel se oscurecen, pero no las expuestas a la luz solar, al revés de lo que sucede en la pelagra. La pigmentación suele aparecer en estas zonas luego de la descamación o puede ser generalizada. El pelo suele ser escaso y fino, pierde su elasticidad. En los niños de pelo oscuro la despigmentación puede dar lugar a un color de pelo a rayas rojas o grises (hipocromotriquia). La textura del pelo se torna basta en la enfermedad crónica. (Ob Cit).

Son frecuentes las infecciones y las infestaciones parasitarias, así como también la anorexia, los vómitos y la diarrea continua. Los músculos están débiles, delgados y atróficos. A veces puede haber un exceso de grasa subcutánea. Son frecuentes las alteraciones mentales, especialmente a irritabilidad y la apatía. Puede seguirse de estupor, coma y muerte. (Ob Cit).

Datos de Laboratorio: El cambio más característica es la disminución de albúmina, la cetonuria es habitual. La glucemia es baja pero la tolerancia a la glucosa puede ser de tipo diabético. Puede estar disminuida la excreción urinaria de hidroxiprolina con respecto a la de creatinina. Los valores de aminoácidos esenciales en plasma pueden estar disminuidos, la actividad de las enzimas pancreáticas están disminuidos. La anemia puede ser normo, micro o macrocítica, son evidentes los déficit de vitaminas y minerales. El crecimiento óseo está habitualmente retrasado. Puede estar aumentada la secreción de hormona de crecimiento (Merck 1994).

Prevención: Hace falta una dieta que contenga una ingesta adecuada de proteínas de alto valor energético, dado que el kwashiorkor no solo tiene una evolución grave y a menudo mortal. Si no que además produce efectos secundarios permanentes y devastadores en el niño que se recupera de la enfermedad y en su descendencia. (Nelson 1997).

CAPITULO IV

SIGNOS CLINICOS DE LA MALNUTRICIÓN Y SUS MANIFESTACIONES BUCALES

La pérdida de peso y la disminución de la grasa subcutánea son los dos signos físicos más constantes de la malnutrición proteico calórica del adulto; los niños arrojan otros datos como el retraso del desarrollo somático, corporal, cognoscitivo, y psicosocial. (Merk 1994).

La malnutrición proteico-calórica leve a moderada: Existe una reducción de la masa corporal magra que se puede diagnosticar midiendo el área muscular a mitad del brazo o calculando el índice creatinina/estatura. En cambio la disminución de nitrógeno ureico en orina indica con mas fidelidad los ajustes fisiológicos realizados por el organismo como consecuencia del déficit de proteína, de calorías, o de ambas. La reducción del compartimiento de las proteínas viscerales puede reflejarse en una disminución de la albúmina sérica, la y transferrina, la proteína fijadora del retinol, la prealbumina fijadora de la tiroxina y un descenso de las cifras de linfocitos pérdida de hipersensibilidad cutánea, las mujeres embarazadas con MPC están expuestas a alumbrar niños de bajo peso, estatura para la edad del embarazo, la cantidad de

leche es menor y su calidad también, tiene poca cantidad de grasa y calorías. (Harrison1994).

La malnutrición grave: Se caracteriza por alteraciones más acusadas en el hábito corporal y en los parámetros de laboratorio. Son frecuentes también las carencias de nutrientes específicos, pero la mayor repercusión a la salud se debe específicamente a la MPC grave. La pérdida de grasa subcutánea y la disminución del compartimiento de proteínas se manifiesta en la consunción muscular de los miembros. La pérdida de masa muscular puede advertirse por la atrofia interóseos de la mano o del músculo temporal a los lados de la cabeza. La pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, junto a la disminución de la elasticidad de la piel produce pliegues cutáneos poco consistente y con mas arrugas. En la MPC grave son más frecuente las lesiones cutáneas, úlceras, el cabello se encuentra quebradizo, débil y pierde su color habitual a castaño claro, se pierde con facilidad, es frecuente el letargia, los trastornos digestivos como vomito y dificultad para tragar comida normal, estreñimientos. La frecuencia cardiaca, la presión arterial y la temperatura son mas baja de lo normal. (Ob. Cit.)

Los Efectos de la Malnutrición sobre la Masa y Función de los Órganos:

Aunque es verdad que la mayoría de la energía que se necesita durante el ayuno y el estrés procede del músculo

esquelético, órganos vitales como el tracto gastrointestinal, corazón, riñones, hígado, y pulmones pierden también un porcentaje significativo de su masa y su contenido proteico. Los informes de las autopsias realizadas en el hospital de Ghetto de Varsovia durante la segunda guerra mundial, los prisioneros que morían por inanición mostraron que existía una pérdida de masa hepática de un 46%, una pérdida de masa cardíaca de un 20% y un 25% menos de masa renal, con una pérdida del 4% del cerebro y 48% del bazo. Distintos trabajos posteriormente han documentado la pérdida de masa que se produce en los distintos órganos, por lo que parece razonable analizar cuales son las consecuencias en la función de determinados órganos y sistemas. www.multimania.com/opinion/201/.

Función del Músculo Esquelético:

Diversos estudios han demostrado que se produce una disminución de la fuerza muscular, la resistencia, y la tasa de relajación.

La mayor parte de los estudios muestran una repercusión parcial de la función a las 4 semanas de la realimentación. el ejercicio aumenta la utilización de los nutrientes, favoreciendo el aumento de masa muscular. (Ob Cit).

Efectos de la Malnutrición Sobre el Aparato Respiratorio:

La malnutrición disminuye la fuerza de la musculatura inspiratoria, en el ámbito de parénquima se han demostrado cambios enfisematosos, con aumento de los espacios aéreos y reducción de la tensión superficial alveolar, hay disminución del surfatante junto a la disminución de la lecitina desaturada. Se ha observado un descenso de la relación Presion/volumen, lo que ocasiona un aumento de trabajo respiratorio, hay disminución de los macrófagos alveolares un aumento de la adherencia de bacterias. (Ob Cit).

En el ámbito de la musculatura respiratoria se ha observado una disminución de la masa del diafragma de 40% para una pérdida de peso de 29%.

Efectos Sobre el Sistema Cardiovascular:

Produce alteraciones miocárdicas tanto cualitativas como cuantitativas. La masa miocárdica disminuye. El estudio microscópico muestra una atrofia y edema de las miofibrillas y, menos veces zonas necróticas dispersas con infiltración de células inflamatorias crónicas. Estos cambios estructurales producen alteración de la función cardiaca, como disminución del gasto cardiaco, del volumen sistólico y de la capacidad máxima de trabajo. Las alteraciones en la estructura y función cardiacas no son irreversibles, tanto la masa ventricular como el

gasto cardiaco máximo aumentan una semana después de reponer la carencia nutritiva. (Ob Cit).

Curación de las Heridas:

Las personas bien nutridas depositan en las heridas más colágeno que los individuos con desnutrición leve, moderada o grave. (Harrison 1994).

El consumo excesivo y frecuente de carbohidratos, como azúcares y harinas refinadas son potencialmente corruptas del ambiente bucal, cuya degradación favorece la proliferación de los especímenes bacterianos, los cuales perjudican a los tejidos dentarios y encía.

Las dificultades socioeconómicas y la edad entorpecen llevar una dieta balanceada y equilibrada. (Merck 1994).

Los niveles de disminución producto de una dieta desequilibrada, que se observan más rápidamente son de las vitaminas B12 y C, por falta de consumo de frutas y vegetales.

Los trastornos dentarios son anomalías presentes en una pieza dentaria desde el momento de su desarrollo hasta su formación llegando incluso a algunos casos a no completarse. Estos trastornos se presentan como consecuencia de una malnutrición o ingesta incorrecta de alimentos. (Ob. Cit).

La nutrición es un factor secundario en las causas de la enfermedad periodontal, donde juega un papel muy importante la malnutrición calórico proteica y déficit de vitamina A. (Carranza 1990).

Diversos factores sistémicos actúan en el periodo intrauterino, y de lactantes, durante la formación del diente, en la alteración del metabolismo de diversas vitaminas y minerales como, del fosfato y calcio, las cuales se pueden encontrar en el raquitismo. déficit de vitamina D, el hipotiroidismo, trastornos gastrointestinales, enfermedades infecciosas y estados febriles influyen en la hipoplasia del esmalte; (Figuerola 1996). Una pérdida prematura de la dentición de leche es consecuencia de la hipofosfatemia infantil.

En las enfermedades hematológicas y nutricionales como las anemias y leucemias se observan con mayor frecuencia las hemorragias y enfermedades gingivales, úlceras bucales, aumento de tamaño de la encía, petequias, equimosis, atrofia papilar entre otros. (Harrison 1994).

En las avitaminosis se encuentran como manifestaciones bucales la Glositis, tumefacción gingival, pérdida de dientes, en la población gravemente desnutrida el problema más frecuente son las enfermedades periodontales con pérdida de hueso seguida de una pérdida dental. (Harrison 1994).

Déficit de calcio: hay escasa mineralización ósea y dental, osteomalacia, osteoporosis y detención del crecimiento; El déficit de cloruro produce un desequilibrio de ácido clorhídrico de los jugos gástricos y por consecuencia, los vómitos prolongados producen una degradación y erosión del esmalte de las piezas dentales; el déficit de flúor hace al individuo propenso a la caries dental, su requerimiento diario es de 0,6

mg/día, su exceso produce las manchas en el esmalte. (Nelson1997).

La malnutrición severa y grave presentan signos clínicos evidentes en la cavidad bucal los cuales se presentan a continuación, un grupo de dichas patologías:

- Queilitis angular: Es una de las patologías que ocupa un lugar importante encontradas en la cavidad bucal de un grupo de niños hospitalizados por malnutrición severa, obedece particularmente a la avitaminosis que en algún momento presentan, Es el déficit de Riboflavina la cual es una sustancia que provoca vascularización de la cornea, queratitis, queilitis, palidez peribucal y dermatitis seborreica del pliegue naso-labial y la oreja.

En el ámbito de la boca podemos observar además lesiones en la lengua y los labios; La lengua puede aparecer rojiza, inflamada y mostrar pérdida de las papilas, en los labios se observan fisuras y grietas que se hacen más significativas en el ámbito de la comisura de los labios.

En general, todo este conjunto de signos y síntomas que pueden tener los niños, no se debe solamente a la carencia de Riboflavina, sino que obedece a la carencia del todo el complejo B. (Silva, C. 1981).

- Lengua Saburral: Es un signo también que se observo en el grupo de niños hospitalizados; Se identifica en la cara superior de la lengua como una capa grisáceo constituida fundamentalmente por restos alimenticios mas el componente orgánico e inorgánico de la saliva. Este signo esta en relación directa con varias observaciones: Demuestra que los niños no se están alimentando bien, están consumiendo hidratos de carbono ha base de leche que está determinando que el niño tenga una deglución a destiempo, el acto masticatorio no se realiza correctamente, y solo actué la lengua para el empuje del alimento, manteniendo los labios, dientes y mejillas de una forma pasiva. (Ob. cit).
- Moniliasis Oral: Es una infección causada por un hongo, Cándida Monilan-Albicans y por lo general ataca la mucosa de la boca. Este hongo se encuentra en todas las cavidades bucales, solo que a estos niños sé trona patógeno debido a que a ellos se le encuentra disminuida la resistencia tisular y el balance de la flora bucal esta alterado (por ejemplo por el uso prolongado de antibióticos) y además porque en el niño recién nacido las bacterias de la boca no se han establecido. Clínicamente la lesión es una placa blanca grisáceo que puede asemejarse a la leche cuajada.
- Halitosis: constituye un síntoma y no un signo, determinadas en estos niños por varias causas: la xerestomia, la

disminución del flujo salival, los pacientes con la lengua saburral presentan mal olor bucal, la degeneración del aliento de estos niños también tiene su Causa por afecciones respiratorias que generalmente presentan (bronquitis, bronconeumonía, etc. (Ob. cit.)

- ❑ Gingivitis : Es la inflamación de la encía, su causa en estos niños es el déficit nutricional, estados de deshidratación, fiebre que acompaña a los estados infecciosos que sufren estos pacientes, todos estos problemas traen como consecuencia la disminución de la capacidad de resistencia de los tejidos bucales, y aparecen una serie de signos y síntomas que a veces son la única señal de deficiencia nutricional que padecen estos niños.
- ❑ Estomatitis: Es una lesión que aparece como consecuencia de enfermedades graves, puede observarse en toda la cavidad bucal generalmente en niños pequeños con edad comprendida entre 1 a 3 años. Se caracteriza por dolor, llagas bucales, irritabilidad, hipersecreción salival, agrandamiento de ganglios cervicales, fiebre, la mucosa bucal se enrojece y aparecen numerosas vesículas que se abren y forman úlceras dolorosas.
- ❑ Lengua Lisa: Este es un signo que se presenta por la avitaminosis, específicamente carencia del complejo B. La lengua aparece roja, inflamada, y en las etapas tempranas o leves se borran las papilas filiformes. En aquellos casos más graves la lengua se torna dolorosa y hay pérdida de todas

las papilas. Estas alteraciones pueden ser reversibles o no según la gravedad y duración del trastorno.

- Leucoplasia: este termino es indicativo de lesiones blancuzcas de la mucosa bucal que son observadas por los médicos del servicio de hospitalización infantil del Hospital Central de Valencia.

Generalmente se acepta que marcadas deficiencias de vitaminas A y B son factores predisponentes para que aparezcan en la boca del niño algunas lesiones blancas que pueden catalogarse como leucoplasia. Por lo tanto estaría un estudio más minucioso de estas lesiones que se observaron porque habría que descartar cualquier otro origen, debido al alto grado de malignidad y contagiosidad que puede representar.

- Hipoplasia del Esmalte: Con este termino se designa a la disminución de la cantidad y espesor del esmalte formado.

En este caso de niños desnutridos hospitalizados, la aparición de esta lesión, esta relacionada con el raquitismo presente en estos niños, como también la infecciones periapicales como consecuencia del proceso cargoso que puede atacar a la dentición primaria, puede afectar la cantidad de esmalte que se estaría formando en el diente subyacente. (Silva, C. 1981) (Figuerola 1998).

- Manchas en el Esmalte: Estas manchas o pigmentaciones en el esmalte, son de origen bacteriano, es decir, obedecen a la acción cromógena de algunas bacterias que tienen la facultad de teñir el esmalte, como también a algunos fármacos y alimentos pueden contribuir a las manchas del esmalte.

Estos niños observados se identificaron dos tipos de manchas: pardas y verdosas. Las primeras se presentan como una película delgada y translúcida, generalmente sin bacterias. Se encuentran localizadas generalmente en las caras vestibulares de los molares superiores y en las superficies linguales de incisivos inferiores.

Las segundas son una pigmentación verde o verde amarillenta que se localizan generalmente en las superficies vestibulares de dientes superiores- anteriores. Estas manchas verdoso fueron más encontradas en el grupo de niños hospitalizados por desnutrición. (Silva, C. 1981).

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN Y LA RELACION MALNUTRICIÓN-CAVIDAD BUCAL.

Para que la alimentación de un recién nacido sea un éxito debe existir una cooperación entre la madre y su hijo, que empiece con la experiencia inicial de la alimentación y continua mientras el niño depende de la madre. El establecimiento precoz de unas práctica alimentarias confortables y satisfactorias contribuye mucho al bienestar emocional de la madre e hijo. La hora de la comida debe ser agradable para ambos. Dado que los sentimientos de la madre se transmiten fácilmente al hijo y que determinan de forma capital el entorno emocional en el que se produce la alimentación, las madres tensas, ansiosas, irritables, que se preocupan con facilidad o que son emocionalmente labiles tienen mas probabilidades de experimentar una relación alimentaría difícil, pero a menudo logran mas comodidad y confianza con la guía y el apoyo de un pariente, amiga o un médico con empatia y experiencia. (Nelson 1997).

Después del parto, en cuanto al niño sea capaz de tolerar con seguridad la nutrición enteral, lo que se juzga basándose en la normalidad de la actividad, en la capacidad de estar alerta , y la forma de mamar y llorar, se debe iniciar la alimentación para mantener el metabolismo y el crecimiento normales durante la transición de la vida fetal a la extrauterina, para estimular la relación madre – hijo y para disminuir los riesgos de hipoglucemia, hiperpotasemia, hiperbilirrubinemia, hiperazoemia. Se cometen

errores. Que consisten en sobresalir o infraalimentar al niño. El aporte inadecuado de líquidos sobre todo en climas calurosos, puede producir “fiebre por deshidratación”. Muchos niños pueden empezar a mamar al poco tiempo de nacer, y otros en los 4 - 6 horas siguientes al parto. Cuando debido a la situación física y neurológica surge cualquier duda sobre la tolerancia de los alimentos, hay que retrasar la alimentación y sustituirla por líquidos parenterales. (Nelson 1997).

La alimentación de los recién nacidos requiere efectuar una interpretación práctica de las necesidades nutritivas específicas y de los muy variables límites del apetito y la conducta respecto a los alimentos del niño normal . Él estómago de un niño necesita entre 1 y 4 horas en vaciarse , por lo tanto , a distintas horas del día cabe encontrar considerables diferencias en las ganas de comer del niño . Lo ideal es diseñar un horario basado en esta razonable “autorregulación”. (Nelson 1997).

La mayoría de los niños sanos alimentados con biberón requieren entre 6-9 tomas /24 horas hacia final de la primera semana de vida . Sin embargo las necesidades individuales de alimentación son bastante variables , y no hay que esperar que un recién nacido se adapte al patrón del otro. (Ob. Cit).

La lactancia materna sigue proporcionando ventajas prácticas y psicológicas que la madre debe tener en cuenta al elegir en tipo de alimentación. La leche humana es la mas apropiadas de todas las leches disponibles para el recién nacido, porque esta exclusivamente adaptada a sus necesidades; la leche materna es el alimento natural para los

recién nacidos a término durante los primeros meses de vida , presenta una temperatura adecuada, es libre de gérmenes patógenos, mínimo riesgo de intolerancia y problemas gastrointestinales, presenta anticuerpos, macrófagos, cierta cantidad de vitaminas necesarias para el crecimiento y desarrollo de los órganos del recién nacido. (Nelson 1997).

Alimentación insuficiente: Si el niño esta inquieto, llora, y no gana peso de forma adecuada a pesar de vaciar completamente la mama o el biberón es posible que su alimentación sea insuficiente. La alimentación insuficiente puede ser el resultado de la incapacidad del lactante para tomar la cantidad suficiente de alimento, aunque se le ofrezca. (Ob. Cit).

La intensidad y la duración de la infraalimentación determinan las manifestaciones clínicas, cabe esperar estreñimiento, incapacidad para dormir, irritabilidad y llanto excesivo. Puede ganar poco peso y perderlo, en este ultimo caso la piel se seca y se arruga, desaparece el tejido subcutáneo y el lactante adopta el aspecto de un “viejo”. Puede que los déficit de vitaminas A ; B ; C y D ,y de hierro y proteínas sean responsables de las manifestaciones clínicas características. (Ob Cit).

El tratamiento consiste en aumentar la ingesta de líquidos y calorías, corregir los déficit de la ingesta de vitaminas y minerales y enseñar a la madre el arte de alimentar a su hijo. Si la causa es una enfermedad sistémica o algún problema psicológico, es necesario tratarlo de manera específica. (Ob Cit).

Tratamiento de La Malnutrición en el Niño que ha Pasado La Época de Lactancia:

El tratamiento individualizado va dirigido a corregir los trastornos físicos y psicológicos subyacente. Hay que diseñar una dieta adecuada, pudiéndose añadir concentrados de vitaminas y mantenerlos cuando la ingesta dietética se haya normalizado. Cuando la anorexia constituye un problema, los elementos esenciales de la dieta deben administrarse de la forma más concentrada posible y el contenido en grasa debe ser bajo. No es necesario prohibir los aperitivos entre comida si no interfieren con el apetito de las siguientes comidas; en estos intermedios no debe darse leche ni caramelos, lo más apropiado es la fruta o los zumo de fruta. Puede ser necesario la reeducación de la familia en lo que respecta a los hábitos alimenticios. (Nelson 1997).

El Hambre y El Apetito: El hambre tiene dos componentes, el primero es una sensación de debilidad general producida por impulsos sensoriales procedentes del aparato digestivo y por la disminución de la glucemia; el segundo componente consiste en sensaciones interminantes de presión en la región epigástrica; estas contracciones se calman con la entrada de sólidos al estomago, independiente del valor nutritivo de estos. (Merk 1997).

El apetito no siempre acompaña al hambre. Los componentes del apetito son psicológicos y derivan de la

experiencia adquirida. (Curso de orientación familiar medicina y salud 1981).

La escasa alimentación tiene efectos profundos sobre la salud física, psicomotora e intelectual, y además es causa de una elevada mortalidad, sobre todo en la primera infancia, y de una corta expectativa de vida. (Ob. Cit).

En estos países con hambre se presenta un bajo nivel de económico, un alto grado de analfabetismo y una situación deficiente. Circunstancias que originan el círculo vicioso pobreza – hambre – enfermedad. (Curso de orientación familiar Medicina y Salud 1981) :

En contraste con lo anterior, en numerosos países hay una sobrealimentación que provoca obesidad, hipertensión, diabetes, etc, en el plano sanitario, y un importante derroche desde el punto de vista económico , pero al mismo tiempo , se da la paradoja de que en estos mismos países ricos existen zonas marginadas o subdesarrolladas, en las cuales también hay carencias proteico – caloricas. En ambos sentidos, se calcula que el 15% de la población de los países industrializados esta mal nutrida. (Ob Cit).

El tratamiento en las formas más graves o avanzadas de desnutrición, se hace en tres etapas. primera o de urgencias en las cuales se va a atender las complicaciones que, como las alteraciones hidroelectrolíticas o los procesos infecciosos agudos, pueden llegar a la muerte antes de que se logre. La segunda etapa puede iniciarse juntamente con la anterior, se

encara en tratamiento dietético, en forma progresiva, comenzando con la administración de leche. La dieta debe suministrar 3 grs de proteínas de alto valor biológico , y de 100 a 120 de Kcal. por Kg. peso y por día. Puede ser necesario también suplir la dieta con vitaminas y minerales . En tercer paso se diseña la dieta de uso prolongado y se aprovecha el tiempo para educar, desde el punto de vista alimentario, al grupo familiar del enfermo. (Cossio medicina interna 1979).

En el trastorno alimentario de la malnutrición existe un avanzado carencia de minerales, y vitaminas importantes para la formación, desarrollo y crecimiento del ser humano, las cuales, al tratar la malnutrición con dietas, ricas en poder calórico, también deben tomarse en cuenta, para su debida administración, y completa recuperación del paciente, pero si las carencias conllevan deformidades importantes como las óseas, por carencia de vitamina D , se requiere tratamiento quirúrgico. (Ob Cit).

La superoblación y la malnutrición, casi siempre inseparables, alcanzan mas de la mitad de los países de la tierra. Una distribución más racional de los recursos mundiales y la búsqueda de nuevos recursos alimenticios , son fundamentales para evitar el hambre se convierta en un problema mundial difícil de solucionar . La escasa alimentación comporta una tasa muy elevada de mortalidad infantil y de enfermedades tanto física, como mentales que agravan la difícil

situación de los países subdesarrollados. (Cursos de orientación familiar medicina y salud 1981).

El Marasmo y el Kwashiorkor, que son los cuadros mas grave de desnutrición proteico – calórico, se curan con un aporte correcto de alimentos, alimentación correcta equilibrada en cantidad y calidad, aunado a estos un aporte adicional de complejos vitamínicos, para así solventar el déficit vitamínicos de la malnutrición proteico – calórico. (Ob Cit).

Relación Cavidad Bucal – Malnutrición: Los diversos déficit o carencias alimentarias en los trastornos proteicos – calóricos, traen como consecuencia, un sin numero de manifestaciones o enfermedades bucales. (Ob Cit)

Al presentar déficit de vitamina D, hay presencia de raquitismos y deformaciones óseas, por consiguiente, malformaciones en el desarrollo de los huesos de la cara, cráneo y piezas dentales . En el déficit de vitamina C, hay presencia de escorbuto y una de los signos clínicos presentes, en esta enfermedad es la gingivitis, y la capacidad de resistencia de los tejidos bucales disminuyen. (Ob Cit)

La carencia de vitamina B trae como consecuencia la lengua lisa , por falta de papilas filiformes, la falta de vitaminas A y B son factores predisponentes para, que aparezcan en la boca, varias manifestaciones bucales de tipo blancuzco, las cuales asemejan las manchas o placas productos de las leucoplasias. La hipoplasia del esmalte esta relacionado con el

raquitismo producto, de la deficiencia de vitamina D. (Silva 1980).

En las personas que presentan desnutrición proteico – calórica, no solo se presentan signos y síntomas clínicos , a nivel de cavidad bucal ,sino en todo su organismo, presentan un déficit de defensas, la cual es una de las causas de las diversas manifestaciones bucales existentes. (Merck 1994).

CONCLUSIONES

La malnutrición se debe a una deficiencia en la ingestión dietética de un nutriente o de un factor condicionante que aumenta las demandas nutrientes esenciales. Al hablar de desnutrición encontramos defectos de la absorción, trastorno sobre el aparato gastrointestinal, pérdida de requerimientos, los cuales trae como consecuencia múltiples trastornos en el organismo, y por ende de las distintas piezas dentales.

Mediante la investigación se observó los graves trastornos presentes en el desarrollo de una pieza dentaria, causada por la deficiencia nutricional en las distintas etapas del embarazo, desarrollo embrionario hasta completada la formación y, luego en la etapa del nacimiento y posterior desarrollo. La malnutrición existe desde épocas pasadas, por una carencia económica, social y cultural de los distintos individuos. Es el mayor padecimiento que ha existido en los últimos tiempos en la población infantil, llegando a desencadenar la muerte.

Las investigaciones han demostrado que no existe una medición exacta del estado de nutrición, esta evaluación del estado proteico – energético comprende cuatro aspectos principalmente: 1.- Antropométricos, 2.- Clínico, 3.- De la Dieta y 4.- De Laboratorio, los cuales sirven como métodos objetivos, prácticos para el diagnóstico, caracterización y medición de la

desnutrición. En los datos antropométricos tenemos la talla y el peso.

La malnutrición trae como consecuencia trastornos del crecimiento, formación y desarrollo de la piezas dentales así como también de las distintas partes óseas, a los niños mal nutridos se presentan distintos signos clínicos como, la hipoplasia del esmalte, lengua vellosa, lengua lisa, manchas del esmalte, lengua seburral, queilitis angular, halitosis, entre otros signos.

Una buena alimentación tanto de la embarazada como al niño luego de nacerse esencial, para un buen desarrollo dental y general, mientras existe la formación se debe instruir a la mujer embarazada para una correcta alimentación, que conozca los nutrientes esenciales como el fósforo, fluor, calcio, vitaminas, minerales y proteínas, las cuales aportan una dieta sana y balanceada.

Al momento de indicar un tratamiento adecuado, debe conocerse con exactitud la malnutrición, y en que etapa se encuentra, como si es leve, moderada o grave, para realizar una dieta balanceada que cubra las necesidades básicas existente en dicho individuo, como también eliminar en lo posible, los distintos padecimientos, si estos llegan a ser reversible, pero si no lo son tratar de compensar.

Al ser humano antes que nada se debe tratar de instruir, educar para una dieta balanceada en todo momento de su vida, debe dársele prioridad a programas de ayuda alimentaría a

personas de los estatus social mas bajos, instruir a la madre embarazada, a los adolescentes, etc. En general instruir a toda la población para evitar daños irreversibles que afecten al organismo y su bien y optimo funcionamiento.

BIBLIOGRAFIA

CARRANZA 1990 .**Periodontologia Clinica**. 7 edición.
Editorial interamericana Mc Graw Hill.

COSSIO 1979. **Medicina interna** . Editorial interamericana
Mc Graw Hill . Madrid España.

CUARTAS, T 1986. **Como Influye las Condiciones de Vida
en la salud Oral de los Niños**. U:C:

CURSO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR. 1981. **Medicina y
Salud**.

Editorial Océano.

Diccionario Mosby 1996. Barcelona . España . Editorial
Océano.

FIGUEREDO, A 1998. **Aspecto Etiológico de la Hipoplasia
del Esmalte**. UC:

FIGUEREDO; R 1993. **Desnutrición en los Niños Principal
causa que lo Provoca y como Influye en una Pieza dentaria**.
UC.

GONZALEZ; y FONTANA 1992 . **Estudio Epidemiológico
de Nutrición y Caries en la Población Preescolar**.

GUERRERO; y ARQUERO, 1993. **Crecimiento
Pondoestructural y Craneal , Desarrollo Dental y
Maduración Ósea en Niños Recuperados de la Desnutrición
Marasmica Grave**. Santiago de Chile . Chile.

ARIZA; J .**Guía de Evaluación del Estado Nutricional** .
UCLA.

HARRISON 1994. **Medicina Interna**. 13 edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

MERCK 1994. **Manual de Merck**. 9 edición. Barcelona. España . Editorial Océano.

NELSON 1997. **Tratado de Pediatría**. 15 edición. Editorial Mc Graw Hill.

SANTOS HERNANDEZ 1980. Estudio de la Recuperacion Nutricional. Santa Clara . Cuba.

SILVA ; C 1980. **Relación entre Patología Bucal y Grado de Desnutrición en los Niños Hospitalizados en la Ciudad hospitalaria**

Enrique Tejerá. Valencia . Carabobo.

Vademécum **Clínico Odontológico** 1999. Editorial Interamericana Mc Griw Hill.

ANEXOS



www.odontocat.com

