

870112

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO



TESIS CON  
FALLA DE OR.GEN

**"ATENCION DE ENFERMERIA A LACTANTES CON  
PROBLEMAS DE DESNUTRICION EN SERVICIOS  
DE HOSPITALIZACION".**

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A  
MARINA BUSTOS VELAZQUEZ  
GUADALAJARA, JAL., 1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## CONTENIDO:

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	5
OBJETIVO GENERAL	6a

## CAPITULIZACION

I CONCEPTO DE LACTANTES Y SUS CARACTERISTICAS	6b
II DESNUTRICION	14
a) CONCEPTO	14
b) CAUSAS	16
b.1.- Factores que determinan - el estado de nutrición.	16
b.2.- Conclusiones	17
c) TIPOS	20
c.1.- Desnutrición de 1er. grado	20
c.2.- Desnutrición de 2o. grado	23
c.3.- Desnutrición de 3er. grado	26
c.3.a.- Marasmo (Caquexia)	26
c.3.b.- Kwashiorkor	33
c.3.c.- Desnutrición mixta.	34
d) DIAGNOSTICO	38
d.1.- Antecedentes Alimenticios	38
d.2.- Somatometría	39
e) COMPLICACIONES	41
f) PRONOSTICO	45

	PAG
g) TRATAMIENTO	46
III ATENCION QUE SE PROPORCIONA AL LACTANTE EN SER :	
VICIOS DE HOSPITALIZACION	53
- ATENCION MEDICA	53
- ATENCION DE ENFERMERIA	54
a) Cuidados Generales	54
b) Cuidados Especiales.	55
IV .ATENCION DE ENFERMERIA (CASUISTICA)	59
V GLOSARIO	125
VI BIBLIOGRAFIA	131

INTRODUCCION

## I N T R O D U C C I O N

El término de desnutrición suele emplearse para el proceso en el cual el peso del paciente es muy inferior al que corresponde a su edad, sexo y talla aunque puede definirse también como una nutrición calórica inadecuada.

La desnutrición según la carencia nutritiva por la cual se produzca, recibe diversos nombres dependiendo de los órganos o tejidos a los cuales afecta dicha deficiencia, estas enfermedades suelen atacar tanto a los adultos como a los niños, siendo muy variadas las alteraciones fisiopatológicas que causan y cuando éstos estados de desnutrición se presentan muy graves, dan lugar a "inanición" y muerte.

Una vez explicado lo anterior debe dejar claramente asentado que en la elaboración de este trabajo, es mi intención hablar sobre la desnutrición en términos generales, aplicándolo especialmente al paciente pediátrico en el período de su vida de lactante considerado desde los 30 días hasta 24 meses inclusive, y de la atención médica y de la enfermería que debe ofrecerse a estos pacientes a su ingreso y durante su estancia en un servicio hospitalario.

Y siendo la desnutrición una de las diez principales enfermedades que existen en nuestro país y que causan mayor

índice de morbi-mortalidad considero importante desarrollar como tema de Tesis éste trabajo, pensando y deseando que de ésta manera colabore en una pequeña parte, a proporcionar una mejor atención de Enfermería a dichos pacientes.

No me propongo disminuir el número de pacientes desnutridos porque estoy realmente convencida que esto solo se logrará cuando todas las familias logren un nivel socioeconómico y cultural que les permita consumir alimentos en cantidad y calidad suficientes para mantenerse en condiciones óptimas de nutrición.

Existen varios factores predisponentes a la desnutrición, entre estos podemos mencionar el crecimiento demográfico desmedido, la incultura, pobreza, la angustia y congoja humana; todo esto ocasiona que las posibilidades de educarse y atenderse disminuyan, así como aumenten los cinturones de miseria.

En México como en toda la unión Latinoamericana, la mal nutrición se inicia desde que el producto se encuentra en formación dentro del claustro materno, continúa durante la lactancia y tiende a agravarse por la mala situación económica que lo mantiene en forma crónica y acumulativa.

Por lo cual considero importante las medidas de pre -

vención que van encaminadas a diversas acciones: control médico periódico del niño "sano", buscando un adecuado crecimiento y desarrollo; proporcionar atención a los cuadros patológicos específicos que pudiera presentar (diarrea, infecciones, etc.) Así mismo deberá promoverse la lactancia natural y las producciones baratas y accesibles para el demente. También es importante que existan medios de transporte y almacenamiento de los alimentos a distintas regiones.

Deberá enseñarse la ciencia de la nutrición en los diferentes niveles educativos. Mención especial merece la educación alimentaria a toda la población, poniendo especial énfasis en grupos organizados de madres y señoritas en instituciones médicas, escuelas, etc. de manera especial sobre requerimientos nutricionales en salud y enfermedad, elaboración de dietas (normales), técnicas culinarias y normas generales, adaptadas a las diferentes regiones geográficas y socioculturales.

También es importante la educación higiénico-nutricional de las madres en general, en especial a aquellas en las que exista el antecedente de un niño con desnutrición, o bien a aquellas que asistan periódicamente a la consulta.

Se promoverá la utilización de alimentos de bajo costo, combinados con los usuales (pescado, harina de soya, -



garbanzo, etc.); realizar campañas de promoción para alimentos nutritivos y económicos a los grupos más susceptibles - y/o menos privilegiados de la población, a través de acciones gubernamentales, creando las instituciones responsables o aprovechando los ya existentes (CONASUPO, DIF, ETC.)

Además de las medidas anteriores, se intensificará la lucha contra las enfermedades diarreicas o infecciosas.

Lo anterior demanda una acción rápida y precisa de gobiernos y gobernantes de los países que los sufren (entre ellos el nuestro), porque unificando esfuerzos preven, planean y programan actividades encaminadas a la pronta solución de los problemas que los hermanan poniendo un especial énfasis en la atención de la niñez pues ella es el futuro del mundo.

## J U S T I F I C A C I O N

La responsabilidad y el papel de la Enfermera en la Desnutrición nos marca y exige el proporcionar una atención especial al enfermo, conociendo y comprendiendo a fondo sus necesidades y sentimientos como la persona humana que es, - con respecto de su individualidad y con reconocimiento de la importancia que tiene la atención no solamente de sus necesidades físicas, sino también de las sociales, psíquicas y emocional de nuestros pacientes.

La elaboración de Esta tesis destinada a proporcionar una vista panorámica de los hechos y teorías más importantes en el campo de la Desnutrición, y para realizar uno de mis mayores deseos de crear un trabajo de investigación propio, y que la Universidad Autónoma de Guadalajara exige para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVO GENERAL

La elaboración de este trabajo fue tratar de recopilar datos del manejo a nivel de Enfermería sobre el punto de vista de ésta, viendo al paciente no sólo como una entidad nosológica sino como una persona íntegra en una etapa importante para su desarrollo tanto físico, mental y social:

Se realizó tratando individualmente cada tipo de desnutrición ya que su cuidado y tratamiento es diferente, además se agregan casos clínicos significativos de cada una de éstas.

CAPITULIZACION

## I. - CONCEPTO DE LACTANTE Y SUS CARACTERISTICAS

Lactante es el término que se da al niño durante los primeros 24 meses de vida, adquiriendo esta definición por que en este período de la vida predomina la alimentación láctea, aunque en este lapso se adhieren otros alimentos a la dieta del niño, la leche constituye uno de los más importantes.

Considerando al lactante desde 30 días hasta los 24 meses de vida inclusive, siendo esta edad generalmente en la que el niño inicia la deambulaci6n, mencionaré las características de crecimiento y desarrollo que se originan en el niño dentro de este período.

La edad infantil a la cual pertenece el lactante, es una época de constantes cambios que se manifiestan por desarrollo funcional y psíquico de gran interés y crecimiento somático, lo cual hace que el niño se diferencie del adulto.

En el niño se experimentan infinidad de fenómenos propios a cada época de su vida, todas importantes siendo características especiales las que se inician al nacimiento hasta los 30 días época en la cual se dá el nombre de Recién Nacidos y durante la que se lleva a cabo:

### 1) La descamación fisiológica

- 2) Cicatrización umbilical
- 3) Caída transitoria de peso, durante los días inmediatos posteriores al parto.
- 4) Ictericia fisiológica
- 5) Capacidad digestiva reducida en volumen, - pero suficiente en espectro digestivo.
- 6) Hipoproterrubinemia fisiológica transitoria.
- 7) Ajuste hematológico
- 8) Ajustes termorreguladores.
- 9) Ajustes homeostáticos.
- 10) Ajustes renales.
- 11) Respuestas neurológicas peculiares a los estímulos externos: llanto, reflejos musculares y tendinosos, periodos prolongados de sueño, alternando con breves lapsos de vigilia, reflejo del moro o del abrazo, insuficiencia piramidal fisiológica.
- 12) Condiciones inmunológicas especiales dependientes de la transmisión trasplacentaria de anticuerpos específicos de la madre e inmadurez de los procesos inmunológicos frente a gérmenes infecciosos ante los cuales es muy susceptible.
- 13) Predominio del sistema vago sobre el simpático en el terreno del sistema neurovegetativo hasta el tercer mes de edad.

El crecimiento de organismos como un todo se mide por el aumento de masa y ello se valora básicamente por el peso y la talla.

Durante el primer año puede observarse que el niño - aumenta generalmente 20 centímetros, a los dos aumenta otros 10 centímetros, a partir de los dos años el niño aumenta por año 9 centímetros.

En general las mediciones sucesivas de talla del lactante producirá gradualmente una curva paralela a la gráfica de peso.

Las desviaciones por arriba debe considerarse normales, en tanto que el descenso en la curva de talla puede significar enfermedad progresiva o anormalidades que deben atenderse inmediatamente.

## 1.- P E S O

Durante los cuatro primeros meses el niño gana un promedio de 750 gramos por mes, los cuatro meses siguientes aumenta 500 gramos por mes y los últimos cuatro meses disminuye a solo 250 gms. por mes. Un aumento o disminución del 10% sobre el peso normal se encuentra dentro de límites normales.

## 2.- CAMBIOS ORGANICOS

El aumento de tamaño y la capacidad funcional que se observan en el lactante son numerosísimas y muy variadas, - pues cada uno de sus componentes corporales lo hacen de diferentes maneras.

Comenzando desde la cabeza la bóveda craneana infantil se compone de 9 piezas separadas que son: dos fontanelas, dos temporales, dos parietales, un occipital, un etmoides y un esfenoides.

La cabeza crece mucho más rápido durante el primer año de vida que en cualquier otro tiempo y este crecimiento es continuo.

En el cráneo del RN pueden palparse las hendiduras entre los huesos (éstas son blandos y flexibles) y se les denominan fontanelas; las mayores y más sobresalientes son dos: anterior o bregmática, posterior.

La posterior se cierra generalmente a los dos meses de edad, la anterior o bregmática aunque con variaciones de tamaño, pero suele quedar alerta o palpable aún hasta los dos años de edad, las fontanelas menores se cierran entre 9-10 meses de edad. Básicamente están constituidas por la duramadre que es una membrana muy resistente que recubre la masa -



cerebral.

El crecimiento demasiado rápido nos indica que la exposición del cerebro (hidrocefalo) o de estructura encefálica (hematoma subdural) es anormal. En tanto que el crecimiento insuficiente significa que hay un desarrollo defectuoso del cerebro (microcefálico).

La dentición primaria varía en aparecer, aunque generalmente se inicia al acercarse el primer año de vida que suele acompañarse de síntomas como: fiebre, irritabilidad y alteraciones digestivas. Generalmente la dentición comienza con la aparición de los incisivos laterales inferiores, colmillos y por último la aparición de los molares.

Al finalizar el primer año de vida la estructura ósea de la cara del niño varía, pudiendo conservarse el desarrollo de barbillas prominentes.

### 3.- T O R A X

El crecimiento del tórax durante la lactancia es rápido ya que su circunferencia que se mide a la altura de los pezones varía de 32 cms. al nacer y llega a superar la circunferencia cefálica 35 cms. al terminar la lactancia.

Los pulmones crecen más rápidamente que el corazón -

ocasionando una mejor ventilación y disminuyendo la frecuencia respiratoria 30x', el pulso es lábil 80-160x; P.A. 85/60 mm.hg.

#### 4.- ABDOMEN

El perímetro abdominal de 32 cms. del R.N. aumenta - en el lactante proporcionalmente el resto del organismo lo mismo que el hígado y el bazo, teniendo como primordial característica seguir viéndose barrigón.

#### 5.- APARATO URINARIO

La cantidad de orina excretada es de 400 a 500 cc en 24 horas a los 2 años.

#### 6.- MATERTAS FECALES

Las evacuaciones del lactante presentan diferentes características según la edad, régimen alimenticio y salud del niño.

El número es de 3 a 4 veces en 24 horas reduciendo el número de 1 a 2 veces hasta 12 meses.

#### 7.- DESARROLLO OSEO

El sistema esquelético es uno de los principales sistemas que contribuyen al desarrollo y crecimiento del niño,

pues los cambios de estructura que observa el lactante se deben al crecimiento de los huesos largos y la columna vertebral.

Se observan variaciones importantes de lo normal en algunas enfermedades como: cretinismo y síndrome suprarrenal-genital.

## B.- SISTEMA NERVIOSO

Después del nacimiento existe un marcado desarrollo en el sistema nervioso. Durante la etapa del lactante los distintos órganos de los sentidos van madurando.

El niño a la tercera semana comienza a acostumbrarse a la luz, basta con encender la luz algunas veces, para hacerle callar si llora, comienza a identificar los colores como el rojo o el amarillo que son los más afectados por su sensibilidad, no percibe colores suaves y después de los colores percibe las formas.

El reflejo pupilar a la acomodación se presenta a los dos meses, por lo general el niño no suele fijar la vista hasta la segunda semana permaneciendo durante la primera con los ojos cerrados.

El tacto es seguramente el más diferenciado de todos los sentidos hasta el extremo de que ya durante la vida intrauterina reacciona el feto a los estímulos táctiles, se de

sarrolla amplia y precozmente en especial en la boca (labios y lengua).

La sensibilidad térmica existe durante los primeros momentos de la vida, la sensibilidad al dolor está embotado, hay retardo en el tiempo de reacción.

Sueño del niño.- El lactante tiene necesidad de dormir tanto más pequeño es.

El lactante pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, los escasos momentos en que no duerme son para alimentación e higiene y para conocer el medio exterior.

Temperatura.- Una característica de este es la monoterminia o sea temperatura con pocas variaciones, al cumplir un año el lactante pierde esta característica para luego ser como la del adulto.

## II.- DESNUTRICION

La palabra *Desnutrición* que etimológicamente se deriva de los vocablos: *DES*; que significa privarse.

*NUTRIRCE*.- *Nutrir*.

La *desnutrición* o estado deficiente de la *nutrición*, expresa todas las condiciones patológicas en las que existe un déficit de la *ingestión*, *absorción* o *aprovechamiento* de los *alimentos* *nutrientes* (*alimentos*), o una *situación* de *consumo* o *pérdida* exagerada de *calorías*, que se acompaña de *variadas* *manifestaciones* *clínicas* de acuerdo a *factores* *ecológicos* y que reviste *diversos* *grados* de *intensidad*.

### a) CONCEPTO

La *influencia* de *ciertos* *factores* *sociales*, *económicos* y *culturales*, *contribuyen* en *gran* *parte* a *proporcionar* *hábitos* *inadecuados* de *alimentación*, *causa* *directa* de que exista en el país *desnutrición* en el 50% (como promedio) de la *población* *adulta*.

En 1970 el Dr. Adolfo Chávez declaró que "en la República Mexicana hay más de 3 millones de niños de edad inferior a los cinco años que nunca prueban la leche y que otros tres millones de la misma edad, si la consumen, pero que el 67% de ellos en *calidad* o *cantidad* que no basta para *satisfa*

cer sus necesidades orgánicas.

En 1971, la desnutrición (avitaminosis y otras enfermedades nutricionales) ocupó el 20 lugar entre las principales causas de defunción en la población general de Guadalajara, con una tasa de 6.4 por 100,000 habitantes y se clasificó como causa indirecta en el 20% de las defunciones restantes. En cuanto a la mortalidad infantil en Guadalajara, en 1971 la desnutrición ocupó el 8vo. lugar como causa de muerte en la edad de 1 a 11 meses y el 6to. lugar en las edades de 1 a 4 años.

La Organización Panamericana de la salud señaló en 1973 que "diariamente fallecen en el Continente Americano 2,000 niños por deficiencias alimentarias". Al año siguiente, el Dr. Zubirán señaló que "en la República Mexicana nacen aproximadamente 2 millones de niños al año, pero que antes de cumplir los 4 años de edad, fallecen anualmente 350,000; la causa de estas defunciones en forma directa o indirecta es la desnutrición."

Si consideramos que el 50% de la población de México es menor de 14 años y que en 1973 el 70% de las familias tenían ingresos de \$1,500.00 o menos, con restringido poder adquisitivo de alimentos se comprenderá que la desnutrición sea un grave problema de salud pública y que sea la población infantil precisamente al mismo tiempo que más desvali-

da, la más agredida por el estigma de la desnutrición.

En los niños no siempre es fácil determinar el déficit nutricional; para ello se usan índices resultantes de estudios directos o indirectos. Entre los métodos directos, se dispone de encuestas nutricionales familiares, de la evaluación de las características físicas y de las tasas de crecimiento, así como de la investigación de algunos signos clínicos de desnutrición en muestreos de población.

Los métodos indirectos consisten básicamente en el análisis e interpretación de la mortalidad infantil y en niños de 1 a 4 años, que es como están recogidos los datos de nuestro país.

En un trabajo efectuado en la población infantil hospitalizada en el Hospital Civil de Guadalajara, en 1974 de 500 casos revisados, encontraron sobrepeso en el 1% de ellos peso normal en el 25.8%, desnutrición de primer grado en el 34.6%, desnutrición de segundo grado en el 23.4% y desnutrición de tercer grado en el 15.2%.

## b) CAUSAS

### b.1.- FACTORES QUE DETERMINAN EL ESTADO DE NUTRICION

El hombre como todo ser viviente, depende de los nutrientes, que obtiene del medio que lo rodea; tratándose del

niño, el problema es mayor ya que requiere de un aporte adecuado de nutrientes para su crecimiento y desarrollo y para ello depende de la "capacidad" del adulto para nutrirle así como el patrón cultural de la comunidad en la cual vive.

## b.2.- CONCLUSIONES

1) La desnutrición infantil constituye un problema social íntimamente ligado a factores económicos y de estructura de clases.

2) La prevalencia de la desnutrición infantil en la comunidad estudiada, dentro de la ciudad de México, es elevada, comparable de las zonas más pobres de las áreas rurales del País.

3) La somatometría es de gran utilidad, para la evaluación del estado nutricional de la población infantil, particularmente en comunidades de elevada prevalencia de desnutrición.

4) Para precisar mejor la utilidad de cada uno de los diferentes parámetros antropométricos, es necesario estudiar todos ellos conjuntamente y además otros grupos con el criterio no solamente en cortes horizontales, sino con seguimientos longitudinales de la evolución de los niños desnutridos, simultáneamente a la aplicación de medidas preventivas y curativas.



En Informes consignados a la prensa nacional se afirmó "de poco más de dos millones de niños que nacen actualmente en México, 100,000 mueren por falta de alimentación adecuada y un millón de ellos sobrevive con defectos físicos y mentales debido a la insuficiencia alimentaria" y sólo el 18% de la población consume una dieta variada; 40% no cubren adecuadamente los requerimientos mínimos indispensables de alimentación y 19 millones de personas registran un serio déficit en el consumo de calorías.

Los factores que determinan el estado de nutrición son:

1) Disponibilidad de alimento.

A nivel comunal es el resultado de:

- a) Producción
- b) Importación
- c) Exportación
- d) Merma.

En la cual participan las posibilidades de transporte y almacenamiento.

2) Factores que determinan el consumo del alimento.

- a) Sociales (ignorancia)
- b) Patrón cultural:

- Distribución del alimento en el seno de la familia.

- Tabús alimenticios.

c) Ingresos Económicos (valor adquisitivo de la moneda).

d) Psicológicos.

3) Factores que condicionan el aprovechamiento del alimento:

a) Momento metabólico: Normal, patológico.

b) Factores neuroendócrinos

c) Factores genéticos

d) Estado previo de nutrición.

La gravedad de la desnutrición infantil se considera como parte de una situación propia de una clase social determinada, en la cual se destaca la interacción dietética socio-económica-biológica.

Con los datos anteriores, puede vislumbrarse la gran trascendencia del problema y la complejidad de sus posibles soluciones, a pesar de la cual no debe perderse la esperanza de que este nuevo plan sea más afortunado que los que le precedieron y logre los objetivos generales que se le señala.

... "procurar la soberanía alimentaria, y alcanzar condiciones de alimentación y nutrición que permitan el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada mexicano."

En condiciones normales, tanto el hombre como los animales cuando pueden elegirla libremente, tiende a ingerir de modo instintivo un alimento que puede corresponder, cuantitativamente y cualitativamente a las condiciones óptimas de la salud. El apetito y el gusto constituyen los reguladores inconscientes de las necesidades nutritivas, no así en condiciones morbosas o cuando lo imponen las circunstancias (hambre o alimentación en colectividad).

### c) TIPOS

c.1.- Desnutrición de 1er. grado.

c.2.- Denutrición de 2do. grado.

c.3.- Desnutrición de 3er. grado.

c.3a.-Marasmo (caquexia)

c.3b.-Kwashiorkor

c.3c.-Desnutrición mixta.

c.1.- Desnutrición de 1er. grado: comprende aquella situa -

tuación en la que el niño pesa de 10 a 25% menos de lo normal; equivale a la hipotrofia o hipotrofia de primer grado.

La desnutrición de primer grado prevalece en áreas técnicamente subdesarrolladas donde el abasto de alimentos es en general incierto y las propiedades nutritivas de los alimentos no se comprenden o se desconocen, en estas áreas y entre las clases pobres y no privilegiadas de todos los países, el problema de que haya muy pocos alimentos y muy poco de donde escoger, se complica por la falta de juicio en la selección de los alimentos y su preparación óptima. El stress de la infección parasitaria y la infección a menudo agravan los de por sí muy bajos niveles de energía y nutrientes en estos grupos. El ser humano no debe seleccionar una dieta adecuada de una gran variedad de alimentos, guiándose sólo por su instinto sobre el sabor y otros sentidos, sino que necesita una educación sobre nutrición.

En gran medida, la cultura determina la conducta alimentaria, y los niños aprenden muy pronto como su cultura maneja la alimentación. La maestra más importante es la madre. Una vez establecidos, los hábitos alimenticios son muy difíciles de cambiar; sin embargo, la educación de las madres respecto a la dieta y otros aspectos relacionados a la salud, así como la instrucción nutricional en la escuela primaria ofrecen las mejores oportunidades para corregir o modificar hábitos alimenticios pobres.

Las deficiencias dietéticas se deben a dos clases de cambio. El aporte alimenticio se puede alterar, como el cambio al arroz elaborado en el Oriente, que produjo el beriberi endémico. Otras causas de deficiencia dietética es una desviación de una amplia a una estrecha variedad de alimentos, por ejemplo, se llegan a presentar deficiencias nutricionales cuando la ingestión de legumbres frescas es reemplazada por alimentos enlatados.

Es importante recordar ciertos principios respecto a las causas y el manejo de la desnutrición primaria:

1.- Los animales incluyendo el hombre, se adaptan a los alimentos disponibles. Esta adaptación ocurre para muchos nutrientes; por ejemplo, cuando el suministro de proteínas es bajo el organismo se hace más eficiente en la utilización del nitrógeno, hasta que se establece el balance del nitrógeno con una cantidad tan pequeña como 20 a 30 grs. de proteínas al día.

2.- Las deficiencias nutricionales por lo común son múltiples. Es importante en la terapéutica el tratamiento con un sólo nutriente, ya que a menudo se agrava la deficiencia coexistente de otros nutrientes.

Se conocen las deficiencias de nutrientes del ser humano no hay bases para los argumentos caprichosos que invo-

can el empleo de variedades ilógicas de alimento para el manejo de los enfermos porque piensan que hay "nutrientes esenciales desconocidos" que sólo pueden ser suministrados por alimentos crudos" no procesados.

4.- La enfermedad franca por deficiencia que aparece en unos cuantos individuos, por lo común indica una enfermedad subclínica u oculta en otras personas de la misma familia o grupo social.

Un tipo de desnutrición primaria resulta del exceso de ciertos componentes dietéticos, por ejemplo, el veteado dental secundario al exceso de flúor en el agua, la hiperlipoproteinemía secundaria a la ingesta y grasas saturadas, y la obesidad secundaria a la ingesta abundante y continua de calorías.

A pesar de la abundancia de alimentos, la selección mal guiada o mal informada condiciona desbalances dietéticos y deficiencias nutricionales.

c.2.- Desnutrición de 2do. grado: Corresponde a los que pesan del 26 al 40% menos de lo normal.

Cuando el alimento consumido no es debidamente utilizado por el organismo por situaciones anormales pre-existentes, que de acuerdo con Jelliffe se agrupan en:

- a) Interferencia en la ingestión.
- b) Aumento anormal de los requerimientos calóricos.
- c) Deficiencia en la absorción.
- d) Trastornos en la utilización.
- e) Aumento en la excreción.
- f) Aumento de la destrucción.

Al ser secundario, el balance nutricional negativo se produce por estados patológicos que interfieren en la digestión, absorción, asimilación o almacenamiento de los elementos nutricionales, o bien que favorecen los procesos catabólicos sobre el anabolismo fisiológico del niño (estenosis pilórica, síndrome de mala absorción intestinal, enfermedades ciliaca, en el primer caso; hiperinsulinismo o hipertiroidismo, etc; en el segundo, como ejemplo).

Al faltar un aporte, éste utiliza para suplirlo sus propias reservas tisulares (tejido celular, hígado, músculos grasos, etc.) Esta consumación por autofagia va aparejada a trastornos del metabolismo cada vez más acentuados, hemoconcentración, hipoproteíнемia, hipotensión oncótica, deshidratación y finalmente exhaustación con anarquía y derrumbe del metabolismo, marasmo o atrepsia, en el grado máximo de desnutrición. La integridad de la barrera epitelial que comprende leucocitos, plaquetas, opsoninas, globulinas hemáticas y mem

branas epiteliales, se encuentra seriamente alterada cuando han faltado en la alimentación del niño proteínas de buena calidad que sirven para su síntesis. Esta situación disminuye sus defensas y por tanto favorece las infecciones.

Deficiencia

dietética

primaria

Reservas nutritivas

Deficiencia

Nutrición

Depleción

Tisular

Alteraciones  
Bioquímicas

Deficiencia

condicionada

secundaria

Reservas nutritivas

Cambios

Funcionales

Lesiones  
anatómicas.

También en la desnutrición de segundo grado la antropometría muestra no solamente la detención sino una disminución de las constantes (peso, talla, perímetros coeficientes de robustez, etc.); pérdida manifiesta del tejido subcutáneo del tronco y de los miembros, flacidez de los músculos, adina mia y astenia más o menos acentuadas, con frecuencia, trastor nos digestivos, diarrea; disminución de la resistencia a las enfermedades "banales" que se instalan prolongadamente y casi siempre se complican. La piel es seca a menudo con hiperqueratosis folicular, con grietas en las comisuras bucales (que - losis), o bien ya se esbozan en esta etapa las pigmentaciones



pelagroides, de color café o rojizo, simulando lesiones de -  
eritema solar, cuando se inician en las extremidades. El pe-  
lo también se pierde su brillo y elasticidad normal, se hace  
escaso, seco, muy delgado y "quebradizo". Pueden aparecer -  
hipervascularización circuncorneal (arriboflavinosis) en los  
meridianos oculares, dilatación cardíaca (beribérica) y aún  
discreta neuritis.

c.3.- *Desnutrición de 3er. grado*: Es la condición en que se  
encuentran los niños que les falta más del 40% del pe-  
so normal.

"El hambre mundial y el auge del comunismo son las -  
dos cosas más temidas en el mundo libre. Ambos están relacio-  
nados entre sí, si podemos prevenir el Kwashiorkor, podremos  
prevenir el hambre mundial y otras calamidades".

c.3.a.- *Kwashiorkor*.

Es el término aplicado a un síndrome clínico resultan-  
te de la deficiencia de proteínas y probablemente de otras  
sustancias en particular complejo vitamínico B; en la ali-  
mentación. Como entidad clínica no es bien conocido, y con-  
fines prácticos su identificación sólo se realiza por medios  
clínicos. Esta situación única rodea lo que se considera ge-  
neralmente el más frecuente y grave trastorno nutritivo y el  
más importante problema pediátrico mundial de nuestros días.  
Prevalece en todos los pueblos de economía pobre de las re -

giones tropicales y subtropicales de Africa, Asia, Extremo Oriente y América Central y Meridional.

Los tipos clínicos, presentan algunas variaciones de un país a otro, especialmente en lo que respecta a las alteraciones de los cabellos y la piel, pero pocas dudas pueden haber sobre la analogía de los factores básicos. El problema es social y económico y su verdadera solución se ha de hallar en estos terrenos, pero de entre los medios más limitados el mejor es la supervisión médica. El vocablo Kwashiorkor procede, según dicen, del lenguaje de Ghana (Costa de Oro), en el que significa (niño rojo), pero otra interpretación es la de (cambio o sustitución). Como se verá por la siguiente descripción ambas interpretaciones se amoldan al aspecto que presenta el niño. La propiedad del término Kwashiorkor es discutida por muchos pero parece estar bien establecido. Tiene este síndrome mucho de común con Mehlährchaden de Czinnny y Keller, en su forma edematosa y con el edema alimentario-hipoproteínémico observado en diversas regiones, especialmente en áreas azotadas por la guerra en las que es corriente el hambre.

El síndrome tal como ha sido descrito en los niños africanos consiste en:

- 1.- Retraso del crecimiento alrededor de la edad de destete.

- 2.- Alteraciones en la pigmentación de la piel y el pelo.
- 3.- Edema debido ordinariamente a hipoproteinemia.
- 4.- Frecuente asociación de diversas dermatosis.
- 5.- Infiltración adiposa, necrosis celular o fibrosa del hígado.
- 6.- Trastornos gastrointestinales con anorexia, vómito, diarrea, y estatorrea.
- 7.- Elevada mortalidad si no se instituye el tratamiento correspondiente con la suficiente prontitud.

Para el Diagnóstico es indispensable la presencia simultánea de algunos de los síntomas descritos.

En 1,000 casos recogidos por Trowell, la edad oscilaba entre los cuatro meses y los cinco años; el 85% estaban comprendidos entre los siete y los treinta y seis meses. En general, los niños afectados parecen desarrollarse bien durante los primeros meses mientras, son criados al pecho, durante la última parte del primer año y la primera del segundo la enfermedad se hace evidente. El destete suele ser un proceso brusco entre las tribus africanas y la nueva dieta es rica en hidratos de carbono y pobre en proteínas, especialmente de origen animal.

La leche de vaca o de otra especie animal raras veces

forma parte de la dieta de estas gentes.

Al principio hay detención del crecimiento y después pérdida de peso. A pesar del edema que aparece relativamente pronto, estos niños tienen un peso insuficiente y muestran retraso en el desarrollo óseo. El edema por lo común comienza en los pies, manos brazos y genitales; la Ascitis es rara y no se han observado derrames articulares.

Existe hipoalbuminemia.- Este síntoma en comunicación con la histotira dietética y la respuesta a la administración de proteínas de elevado valor fisiológico, hace pensar que Kwashiorkor sea un estado de déficit proteínico. Se ha insistido en la deficiencia de determinados aminoácidos, especialmente de la metionina.

Casi siempre se encuentra cierto grado de despigmentación del pelo o de la piel, y es quizá la única característica del síndrome. El pelo se deslustra y el negro tiende a perder su ensortijamiento volviéndose liso y fino. Adquiere un color pálido; a veces rubio o casi rojizo; en las formas más graves de la afección y en otros casos se vuelve gris o blanco.

Los cambios de color de la piel son menos acentuados y más difíciles de distinguir de las variantes genéticas.

Se admite que la despigmentación de la cara es más característica de un origen nutritivo que genético.

Se han observado diversas lesiones dermatológicas si bien las lesiones cutáneas son frecuentes en los casos avanzados difieren las opiniones respecto de si hay alguna que sea característica. Se ha considerado la posibilidad, que después ha sido descartada, de que las lesiones sean de tipo peligroso.

También han sido atribuidos a una deficiencia en vitamina A. Quizá la forma más corriente sea la descrita por Trowell:

Se ha descrito una descamación general que llega casi a la dermatitis exfoliativa, así como engrosamiento y formación de fisuras en la piel (piel de elefante), especialmente en la rodilla. También se han observado lesiones pentigoides en las región pélvica en la que el epitelio superficial está separado por un exudado no purulento.

A medida que la enfermedad progresa, el niño presenta lasitud acentuada, apatía mental, fotofobia y en general un cuadro de miseria. El abdomen está distendido, por lo común sin ascitis y hay frecuentes crisis diarreicas. Se ha señalado la falta de fermentos pancreáticos, que podría ser la cau

sa de la frecuente aparición de heces muy voluminosas con materias no digeridas.

En la autopsia se ha observado la desaparición de los gránulos de cinógeno de las células acinosas del páncreas, - atrofia de los ácinos y fibrosis, pero en contraste con la fibrosis quística del páncreas, la duplicación de fermentos pancreáticos no es permanente si se cura la enfermedad. Las principales alteraciones patológicas, se encuentran en el hígado y consisten en aumento de volumen, infiltración grasa, necrosis y fibrosis.

Prácticamente en todos los casos se produce cierto grado de anemia, la cual suele ser normocítica o ligeramente macrocítica y a menudo hipocrómica. La anemia obedece menos lentamente a una elevada administración de proteínas que los demás síntomas de la enfermedad. En ciertos casos parece haber una favorable respuesta al hierro, pero la opinión general es que la anemia no se afecta por la administración de vitamina B12 ácido fólico o extracto hepático.

Constituye importante determinar que factores distintos a la deficiencia proteica son causas del Kwashiorkor o de algunas de las manifestaciones que le acompañan. Es probable que sean factores coadyuvantes las deficiencias en otros elementos nutritivos, como los diversos miembros del

complejo B la vitamina A, ciertos minerales y diversos aminoácidos. Existe también la posibilidad de que las afecciones como la anquilostomiasis, paludismo y disenteria sean factores adicionales en muchos casos. Cabe esperar que estos niños soporten mal las infecciones y se ha dicho que no toleran los medicamentos antipaludismo a dosis completas. La mortalidad real no se conoce, pero en los casos más avanzados la curación del enfermo no suele conseguirse ni en el ambiente hospitalario.

Evidentemente la profilaxis es la medida más importante, y puede conseguirse con la administración de una dieta satisfactoria durante el destete y en fases anteriores.

Debido a la eficacia de la proteína de la leche, la distribución de proteínas de leche desnatada en polvo en las zonas indígenas, sería temporalmente el mejor método para la aplicación de rápidas medidas preventivas en gran escala. No obstante el problema es de mayor volumen y únicamente puede hallársele una verdadera solución proporcionando facilidades sanitarias apropiadas a todos los pueblos y muy especialmente con la difusión de los principios higiénicos básicos y el mejoramiento del estado social y económico.

El tratamiento comprende el suministro de líquidos, electrolitos, sangre, plasma, una dieta rica en vitaminas y

minerales y el tratamiento de cualquier infección coexistente.

### 6.3.b.- MARASMO (DEFICIENCIA CALORICA)

Corresponde al estado extremo en consunción o caque-  
xia, o sea una condición patológica de verdadera bancarrota  
orgánica en la cual la somatometría es impresionantemente in-  
ferior a la normal: el niño tiene un déficit de más del 40%  
del peso que en condiciones normales le corresponden por su  
edad; sus facies simiesca, o "volteriana", así designada por  
las arrugas de aspecto senil que surcan su rostro, es el re-  
sultado de la desaparición de la última reserva grasosa, la  
bola adiposa de Bichat, su mirada es brillante y expresiva,  
en contraste con la adinamia acentuada de un cuerpo en "piel  
y huesos", la piel del abdomen ha perdido su grasa y con --  
ella su elasticidad, encontramos el signo del "trapo mojado"  
cuando se aprieta la piel del abdomen entre los dedos pulgar  
e índice y este no toma su forma original, en los tercios an-  
terosuperiores de los muslos se observa el "signo de la cor-  
tina" que expresa la flacidez y ausencia del pániculo adipo-  
so subcutáneo. Hay profundos desórdenes metabólicos que se  
manifiestan por diversos trastornos digestivos, circulatorios  
y cutáneos de mayor o menor intensidad.

La temperatura suele ser subnormal, el pulso puede --  
ser lento, el metabolismo basal, tiende a descender, al --



principio el niño puede mostrarse malhumorado, pero más tarde se vuelve indiferente y el apetito disminuye. El niño suele presentar constipación, pero también puede aparecer la diarrea del tipo llamado de ayuno, con deposiciones frecuentes y pequeñas que contienen moco. En una fase terminal es frecuente la diarrea manifiesta.

### c. 3. c. - DESNUTRICION MIXTA:

Tal vez sea este tipo de desnutrición la más frecuente, ocurre cuando además de la insuficiente ingestión de alimentos, existen al mismo tiempo condiciones patológicas (por ejemplo fiebre, diarrea, hipertiroidismo) y aumenta el desgaste calórico, las excreciones o el catabolismo.

Clinicamente comprende numerosos cuadros patológicos que varían desde los muy cercanos a la normalidad hasta aquellos que son de extrema gravedad.

CIRCULO DEL HAMBRE (SEGUN LARRACILLA ALEGRE: INFLUENCIA DE -  
LA ORIENTACION NUTRICIONAL).

	Producción baja	
	Incapacidad y menor sobrevivida	Salarios bajos
Menos energía y capacitación	Más enfermedad y desnutrición	
	Baja inversión en saneamiento y prevención.	Alimentación (Dis- ponibilidad de con- sumo y aprovecha- miento. Educación y vivienda pobres.
Pobreza	Enfermedad y Desnutrición.	

## DATOS DE DESNUTRICION: DATOS CLINICOS

DATOS CLINICOS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
% Déficit de peso	11-25	26-40	más de 40
Déficit de talla para edad cronológica de 8 a 10%	no	no	presente
Déficit en circunferencias craneanas, braquial y subdural.	no	no	presente
Reducción del <u>panículo</u> adiposo	Se inicia	Presente en mediana intensidad	Muy acentuado en el tipo Marasmático
Hipotermia	no	presente en todos los casos	presente
Edema	no	" "	presente en el Kwashiorkor
Anorexia	De intensidad variable	presente de mediana intensidad	presente con marcada intensidad
Conducta Neurótica	no	no	Presente

DIFERENCIAS GRADUALES ENTRE MARASMO Y KWASHIORKOR  
(PIRAMIDE DE LA DESNUTRICION)

S I G N O S	MARASMO	KWASHIORKOR MARASMO	KWASHIORKOR
Retardo en el crecimiento.	***	**	*
Pérdida de peso	***	**	*
Atrofia muscular	***	**	*
Trastornos gastro-intestinales	**	**	*
Alteraciones psíquicas	*	**	***
Alteraciones del cabello	*	**	***
Hipoproteïnemia	*	**	***
Dermatosis pelagrosa	0	*-**	***
Edema	0	*-**	***
Esteatosis hepática	0	*	***-****

SEGUN EL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA Y PANAMA.

#### d) DIAGNOSTICO

Para ello se requiere historia clínica completa con especial atención a cuatro parámetros.

- 1) Antecedentes alimenticios
- 2) Somatometría
- 3) Grado de la desnutrición
- 4) Cronicidad.

##### d.1.- Antecedentes alimenticios.

El hombre es un ser omnívoro desde el nacimiento, pero cuyo aparato digestivo en la infancia está inmaduro por lo que su dieta básica como mamífero es la leche, posteriormente mediante el destete y la ablactación se integrará al patrón alimentario del medio cultural al que pertenece.

La del omnívoro deberá valorarse conforme a tres parámetros fundamentales: agua, caloría y proteína, sin ignorar el resto de los componentes del complejo nutricional indispensables para su completo aprovechamiento. La falta de agua condiciona la desnutrición aguda o sobreaguda (deshidratación); la carencia de calorías en una dieta equilibrada en sus otros componentes, condiciona la desnutrición subaguda y la deficiencia de proteínas implica la desnutrición crónica o sea la calórica proteica.

La encuesta de antecedentes dietéticos debe enfocarse en el lactante a la alimentación al pecho materno (duración, ablactación y destete); en caso de alimentación con leche - heteróloga debe verificarse el tipo, dilución y horario; en el preescolar y adolescente, el aporte aproximado de calorías y de proteínas de origen animal y en el adolescente la consumida en el último mes.

#### d.2.- SOMATOMETRIA:

El organismo como un todo, crece en tres direcciones: longitud, antero-posterior y transversal. El crecimiento es armónico y condicionado al biotipo individual en las diferentes edades: que si bien está fundamentalmente condicionado - y orientado por factores ambientales, entre los que destaca la alimentación.

Los datos que se deben recoger son:

Peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, segmento superior e inferior, circunferencia de pierna y brazo, diámetro biacromial y bicristal, estudios radiológicos de edad ósea.

Los datos se comparan con los normales por su edad, sexo y grupo o raza y se valora el incremento logrado en función del tiempo.

#### d.3.- CRONICIDAD:

La desnutrición aguda y la subaguda habitualmente no alteran la talla, no así la crónica que influye determinante en ella, originando el enanismo nutricional, el cual - será más evidentemente cuando más severa y crónica sea la - privación de nutrientes. Esta alteración de la talla variará en función del momento biológico en que la agresión actúe - modificando la armonía normal del crecimiento y tiene como - premisa que "el momento biológico" no es recuperable ni en - velocidad ni en secuencia.

La secuencia con que la talla se afecta durante la - desnutrición crónica en relación a la edad se ha establecido conforme al orden siguiente:

- 1.- Menor peso y talla al nacimiento (desnutrición en útero)
- 2.- Pasados los cuatro a seis meses, si el aporte lácteo es insuficiente y la ablactación inadecuada (destete), se - afecta fundamentalmente el peso. Si se prolonga la hipo - alimentación o existen infecciones, se inicia la altera - ción de la talla. El equilibrio se alcanza a los seis - años a expensas de una talla menor, fenómeno más eviden - te en las niñas.
- 3.- Si persiste la hipoalimentación, asociado o no a la in - fección, al llegar a la pubertad, la talla disminuye a - expensas del segmento inferior.
- 4.- Deja de crecer en talla y podrá crecer en masa, con au -

mento de peso en relación a la talla.

- 5.- Si la desnutrición fue severa en los primeros meses de la vida el perímetro cefálico será más afectado (crecimiento cefalo-caudal).

#### d) COMPLICACIONES

Las más frecuentes son: cicatrización demorada, ileo paralítico, peritonitis, aumento en la susceptibilidad a las infecciones, atrofia muscular, anemia, y cada vez hay más pruebas de que la desnutrición materna grave en el último trimestre del embarazo o la privación nutricional en el primer año de vida, dan lugar a daño irreversible en la mielinización normal y en el desarrollo intelectual.

Al seguir progresando la desnutrición, el organismo del niño se va adaptando, modificando sus mecanismos homeostáticos (metabólicos, neurológicos, psicológicos, de crecimiento y desarrollo), para hacer frente al nuevo patrón bioquímico y orgánico de "normalidad" que posee, de tal manera que sus respuestas son diferentes a las de un niño normal, constituyendo este estado lo que Ramos Galván ha denominado "homeorrosis".

En esta etapa suelen ocurrir lesiones cerebrales, debidas a la mielinización deficiente, que ocasionan alteraciones



nes neurológicas y mentales, con funcionalidad deficiente; - debido a las alteraciones óseas, propias de la desnutrición, pueden ocurrir malformaciones esqueléticas y pérdida de piezas dentarias; la deficiencia de vitamina A puede ocasionar queratomalacia.

a) Padecimientos pulmonares con bronquitis y neumonía debidas a la disminución de defensas o a la infiltración y - condensación pulmonares discretas.

b) Desequilibrio electrolítico debido a la osmolaridad cerida disminuída con cifras bajas de potasio,  $CO_2$  y límites inferiores del Ph sanguíneo o bien un proceso diarreico.

c) Desnutrición y desarrollo cerebral.

Aquí no se describen las consecuencias clínicas de diferencias nutricionales específicas. Hay textos en donde - se describen en forma apropiada al raquitismo, esconbuto, - anemias nutricionales y otros. En años recientes se ha prestado considerable atención a la relación entre la nutrición y el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso cen - tral, por lo que se justifica el siguiente comentario.

Hasta los tres años de edad hay un crecimiento relati - vamente rápido del cerebro, y a esta edad el cerebro ha al - canzado 80% de su peso en el adulto. La medida del tamaño de

la cabeza, el número de células cerebrales y diferentes pruebas intelectuales y de comportamiento indican que los niños que han sufrido desnutrición grave, será apático e incapaz de aprender. Cuando estos problemas relacionados con la nutrición se presentan a partir del final del segundo año de vida, son reversibles y a la larga desaparecen con una rehabilitación adecuada.

Chase y Martin han estudiado a lactantes desnutridos en Estados Unidos de Norteamérica. Si había descuido y desnutrición (falta de alimento) por más de cuatro meses en el primer año de vida, había deterioro permanente en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, por esto, hay cierto grado de urgencia en tratar los complejos problemas psicológicos y sociales que causan alteraciones nutricionales y descuido en los niños. El tiempo necesario para instituir una psicoterapia efectiva, cuidados intensivos o resolución de problemas sociales debe ser corto pues de otra manera se produce daño permanente en el niño.

#### d) Alteraciones renales (riñón pelagroso)

Debido a la existencia de albúmina y cilindros generalmente unidos en pequeñas cantidades.

#### e) Ulceras por decúbito

Debido a la presión prolongada a consecuencia de -

la disminución de la actividad y circulación periférica.

f) Alteraciones Electroencefalográficas.

Los trazos electroencefalográficos revelan constantemente alteraciones profundas en todas las ondas que son lentas de bajo voltaje y menos frecuentes que lo normal.

g) Probablemente, la alteración más alarmante que este mal puede causar en el infante no se había descubierto hasta hace poco. Hay una serie de pruebas experimentales, cada vez más numerosas, que demuestran que una malnutrición de la gravedad de Kwashiorkor, especialmente en un niño tan tierno, puede causar un daño irreparable en el cerebro, y por lo tanto, una disminución de la capacidad de desarrollo intelectual. Se ha evidenciado en animales, que este perjuicio alcanza su mayor gravedad durante el lapso que corresponde a los primeros seis meses de vida del pequeño, y hay razón para pensar que esta misma clase de lesión afectaría al ser humano. Aunque queda un largo camino por recorrer para demostrar que hay una relación directa entre la malnutrición por falta de caloría y una lesión permanente en la capacidad del desarrollo intelectual, muchas autoridades creen actualmente que es muy probable que la investigación pruebe la existencia de esa relación.

## 4) PRONOSTICO

Si la desnutrición es "potencialmente irreversible" - ello depende de la intensidad, del tiempo de evolución así - como del "momento biológico" en que se implante.

Estas premisas tienen mayor importancia en cuanto al crecimiento y desarrollo se refiere, recordando que "el tiempo perdido no se recupera". Por lo tanto, a menor edad mayor intensidad y a mayor cronicidad, el daño será mayor y tendrá menor reversibilidad.

### 4.1 PRONOSTICO PARA LA VIDA:

Los factores que influyen en el pronóstico para la vida se pueden enumerar como sigue:

1.- Edad: A menor edad el pronóstico es más grave en base a la menor eficiencia de los mecanismos de regulación, deficiencia de distribución de líquidos en los distintos compartimientos y mayor demanda metabólica. Así se observan cifras de letalidad de 40% en el primer año de vida, los cuales son más elevadas durante los primeros meses y de 20% a - partir de los cuatro años, no hay diferencia respecto al sexo.

2.- Intensidad y grado: el pronóstico está directamente relacionado con la pérdida de peso, así el desnutrido de

primer grado tiene las cifras de letalidad iguales al eutrófico: en la desnutrición de segundo grado aumenta 20%, y 30% en la desnutrición de tercer grado.

## g) TRATAMIENTO

### g.1.- Desnutrición de 1er. grado.

Los niños desnutridos en primer grado deben tratarse indicando una dieta normal, equilibrada y completa para su edad corrigiendo errores de alimentación, que casi siempre tiene déficit en calidad o cantidad, tratando el padecimiento agudo, sin olvidar a los familiares, la orientación higiénica y nutricionales pertinentes.

### g.2.- Desnutrición de 2do. grado.

Cuando existe prolongada alimentación inadecuada y se provoca una desnutrición de segundo grado, generalmente se agregan al cuadro infecciones gastrointestinales, respiratorias, parasitarias, etc, su tratamiento consistirá en una vigilancia dietética más estrecha; suministrando al paciente una alimentación completa y equilibrada en cantidades y calorías, progresivamente ascendentes hasta cubrir sus requerimientos, sin olvidar efectuar un tratamiento energético de las infecciones, si es que éstas existen.

### g.3.- Desnutrición de 3er. grado.

En la desnutrición grave casi siempre se complica con cuadros infecciosos agregados, que por lo general se desarrollan en un ambiente familiar y social adversos, que debe corregirse al ser tratado el padecimiento.

Fuera del episodio agudo que condiciona su internamiento y en ausencia de vómitos, la vía bucal deberá restablecerse tan pronto como sea posible iniciándola con solución glucosada por una o dos tomas; tolerando ésta, se ofrecerá dieta láctea diluida al medio en volúmenes menores a los teóricamente correspondientes para posteriormente ofrecer la dilución normal, seguida del aumento progresivo y gradual de los volúmenes en plazos relativamente cortos; logrado esto, se ofrecerá la dieta complementaria hasta cubrir la correspondiente a su edad biológica.

Por la deficiente absorción de las grasas, en las fases iniciales de la alimentación del desnutrido, se recomiendan leches maternizadas las cuales tienen una menor cantidad de proteínas, pero cuya proporción de lactoalbúmina y lactoglobulina semeja a la de la leche humana, mejorando su aprovechamiento si se adicionan de hidratos de carbono.

Hay que recordar que un porcentaje de severamente desnutridos y en especial aquellos que cursen con diarreas crónicas, tienen deficiencia de lactosa, lo que contraindica el -

empleo posterior de leche en la alimentación del niño desnutrido.

La anorexia que en ocasiones es difícil de vencer puede obligar a la alimentación forzada transitoria mediante gastroclisis. Otras ocasiones en el preescolar y escolar está condicionada por "patrón cultural alimentario"; en estos casos el interrogatorio sobre la alimentación previa normará la pauta inicial de alimentación.

El empleo de vitamínicos, hierro y transfusiones de plasma o sangre no tienen una indicación precisa a no ser la presencia evidente de deficiencias específicas tales como la anemia severa de cualquier tipo, escorbuto, raquitismo, etc.

La búsqueda de procesos infecciosos debe ser intencionada, cuidadosa, intensiva y apoyada por exámenes de gabinete y laboratorio, debido a la pobreza de manifestaciones clínicas. Son las infecciones las que en segundo orden condicionan la muerte o la prolongación del desequilibrio hidroelectrolítico.

En la desnutrición severa, la "atipia" es tan frecuente como la normal, así la hipotermia o distermia son frecuentes como la fiebre, su presencia es indicativa de infección que hay que buscar y tratar oportunamente. La distensión ab-

dominal aún en ausencia de dolor o vómito, hace necesario la toma inmediata de estudios radiológicos ante la posibilidad de complicación de gastroenteritis. Acceso de tos de poca cuantía, tiros intercostales mínimos, cianosis leve alateo nasal en ausencia de estertores, son indicaciones de estudios radiológicos que revelarán patología pulmonar de magnitud no sospechada.

El quejido, la tendencia al sopor, movimientos involuntarios mínimos, temblores, hipertonia, datos que juntos o aislados requieren el examen inmediato de líquido cefalorraquídeo para la detección oportuna de las meningoencefalitis bacterianas o tuberculosis. La biometría hemática muestra las mismas modificaciones que en el eutrófico; sin embargo en el desnutrido es frecuente encontrar leucopenia y neutropenia, secundarias a depresión medular por la infección asociada, o por la desnutrición misma; en otras ocasiones, son alteraciones, de la morfología eritrocitoma como acontece en la anemia megaloplástica, situaciones que por sí mismas condicionan un tratamiento específico.

La decisión del empleo inicial de antibióticos en la mayoría de las ocasiones es empírica y se justifica por la experiencia epidemiológica y estadística del sitio donde se labore.

En pacientes que cursan con varios días de hospitali-



zación o en aquellos que han recibido múltiples antibióticos, siempre estará presente la posibilidad de la "superinfección" por gérmenes "oportunistas" tanto endógenos como "de hospital" cuyas puertas de entrada son múltiples: lesiones dermatológicas, venoclisis por catéteres, sondas, equipo de terapia inhalatoria, etc. De estos gérmenes destacan los gram negativos, tales como pseudomonas, klebsiella, proteus y de los gram positivos, el estafilococo sin ignorar los hongos, agentes que pueden actuar solo o conjuntamente.

Por lo tanto el establecimiento de medidas preventivas contra estas superinfecciones debe ser una de las premisas en el manejo del paciente desnutrido. El aseo escrupuloso, la técnica aséptica de la instalación de venoclisis y sondas, no presionar innecesariamente las extremidades, cambios frecuentes de posición, aspiración cuidadosa de secreciones, drenaje postural, evitar la aparición de escaras mediante la aplicación de cojines o "donas", mantener secas las regiones glúteas y genitales con cambios frecuentes de pañales, serán medidas a seguir escrupulosamente.

En general el tratamiento de la desnutrición se basará en los puntos siguientes:

- 1) Medidas prudentes de urgencia: a) corrección del equilibrio hidroelectrolítico. b) tratamiento enérgico de las infecciones agregadas. c) tratamiento

sintomático y, d) medidas generales.

- 1) Tratamiento de desnutrición propiamente dicho:
  - a) Dieta equilibrada y completa en forma progresivamente ascendente en contenido calórico.
  - b) Corrección de la anemia.
  - c) Estimulación afectiva.

Si se tiene éxito en el tratamiento se observará en rápida secuencia lo siguiente:

- 1) Mejoría de apetito e interés por el alimento.
- 2) Aumento progresivo de peso y desaparición previa o en el transcurso de edema.
- 3) Desaparición de las lesiones cutáneas y mucosas.
- 4) Normalización del cuadro hematológico y bioquímico.
- 5) Bienestar general (alergia e intensa actividad muscular)
- 6) Aparición del síndrome de recuperación nutricional.

#### SINDROME DE RECUPERACION NUTRICIONAL

En en el cual se observa un aumento de peso, desaparecen las infecciones, las evacuaciones se normalizan, puede aparecer hirsutismo discreto generalizado (más aparente en la cara) la piel se torna suave, se recupera la actividad -

neuromuscular, se observa notable recuperación psicológica, ya que la apatía, adinamia y mal humor, pasa paulatinamente a la actividad y buen humor. El abdomen se aprecia aumentado de volumen debido a un hígado grande, sobre todo en su lóbulo izquierdo. Al mismo tiempo que sucede lo anterior, se observan las proteínas plasmáticas, desaparece la anemia, tiende en regresar las alteraciones funcionales a la normalidad al igual que los valores bioquímicos alterados.

### III.- ATENCION QUE SE PROPORCIONA AL LACTANTE EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

#### ATENCION MEDICA

Es muy importante la individualización en la asistencia del niño diatrófico; el tratamiento se dirigirá a corregir los trastornos psicológicos y físicos causales. Hay que prescribir una dieta adecuada; cabe añadir soluciones concentradas de vitaminas y continuarlas durante algún tiempo después de instituir una aportación dietética adecuada, así se supone que existe un déficit vitamínico general. Si la anorexia es un problema, se adicionarán los factores esenciales a la dieta en la forma más concentrada posible, y el contenido en grasa debe ser escaso. Las tomas de alimentos entre las comidas no se prohibirán si no alteran el apetito en la próxima comida, pero no deben contener leche ni dulces, sino que consistirán en frutas o zumo de frutas. Cuando los hábitos son una rigidez cuartelaria, breves períodos de reposo o quietud de 15 a 20 minutos antes de las comidas pueden abolir la tensión que a veces trastorna el apetito. La hora de acostarse debe ser lo bastante temprana para asegurar un buen reposo nocturno y, a ser posible, el niño dormirá una siesta durante el día. Las historietas, películas y narraciones excitantes deben evitarse antes de acostarse. Se fomentarán las actividades al aire libre en los niños sedentarios y los juegos en grupo en aquellos que tienden a ser retraídos.

## ATENCION DE ENFERMERIA

## a) CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERIA

- 1) SIGNOS VITALES POR TURNO
  - a) Temperatura
  - b) Pulso
  - c) Frecuencia cardíaca
  - d) Frecuencia respiratoria
  - e) Presión arterial.
- 2) Apoyo psicológico
- 3) Aseo general
  - a) Baño
  - b) Corte de uñas
  - c) Cambios de ropa de cama
  - d) Aseo bucal
- 4) Cambios posturales
- 5) Vigilar técnica de alimentación
- 6) Vigilar venoclisis
- 7) Adecuada administración de alimentos
- 8) Control diario de peso
- 9) Aseo de la unidad
- 10) Proporcionar recreación al paciente.
- 11) Cuidados de la piel.
- 12) Ejercicios pasivos y activos.

## b) CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERIA

- 1) La enfermera debe cerciorarse que la venoclisis sea cambiada con frecuencia.
- 2) En caso de que esté utilizando cateter para alimentación parenteral, no debe utilizar el cateter para inyectar medicamentos, ni para tomas de sangre, ya que existe el peligro de contaminación y de oclusión.
- 3) Son frecuentes las transfusiones de sangre en pequeñas cantidades, para corregir la anemia y aumentar la resistencia a las infecciones, por lo que debe verificarse que se transfunda en cantidad indicada, que sea del grupo y R.H. del niño y que pase en el tiempo indicado, vigilando estrechamente la presencia de reacción alérgica, para evitar problemas que puedan poner su vida en peligro.
- 4) La Enfermera debe advertir cualquier elevación de temperatura ya que puede indicar infección o reacción alérgica a la solución.
- 5) Medición de diuresis y análisis de la orina en búsqueda de glucosurias y acetonurias ya que el volumen de glucosa puede causar una deshidratación grave por poliuria.
- 6) Vigilar constantemente al lactante gravemente en -

fermo para descubrir signos de colapso de la circulación periférica, como son hipotermia, taquicardia, hipotensión, palidez de la piel y frialdad de las extremidades.

7) Al iniciarse la alimentación por vía oral debe ser baja en cantidad y calorías, ya que es escasa la capacidad digestiva. El lactante sufrirá vómito y diarrea si se le alimenta con demasiada rapidez. El primer alimento deberá ser leche materna diluida. Se aumentará paulatinamente la cantidad de proteínas y carbohidratos en el alimento. Es necesario aumentar con más lentitud el contenido de grasa, ya que es más difícil de digerir los requerimientos alimenticios de los lactantes, suelen ser de 150 a 200 calorías por Kg. de peso un día antes de que empiecen a aumentar de peso, deben recibir la mayor cantidad de proteínas para formar tejidos corporales.

8) Debe mantenerse la temperatura corporal. Si el lactante tiene hipotermia deben utilizarse los medios físicos para su control, si por el contrario presenta una temperatura subnormal, debe colocarse en la incubadora y cubrirlo con frazadas hipotérmicas, también bolsas de agua caliente a ambos lados del cuerpo para que reciba calor adicional, vigilando con frecuencia que no se quemé el niño.

- 9) Ya que está propenso a las infecciones, los utensilios para los alimentos deben esterilizarse evitando así el riesgo de contraer enfermedades como la moniliiasis.
- 10) Para su protección debe estar aislado, y el personal que lo cuida debe estar libre de cualquier infección. Como tiene baja resistencia, no debe estar expuesto a corrientes de aire.
- 11) Debe seguirse con cuidado la alimentación ordenada por el médico y comprobar la orden antes de cada alimento, para ver si no han sido modificados.
- 12) Es necesario una gráfica precisa y detallada que incluya la cantidad de alimento ingerido, rechazado o vomitado, y si ha ingerido con agrado o con indiferencia.
- 13) Se debe alimentar al niño en forma lenta y hay que hacer que eructe con frecuencia.
- 14) Al alimentarlo se le debe acariciar con dulzura para que se sienta seguro, mimado y rodeado de calor emocional y físico.
- 15) Es importante que el médico conozca el número y las características de las evacuaciones y si existe presencia de distensión abdominal.
- 16) Se debe pesar al niño todos los días a la misma



hora, para precisar el aumento o la pérdida de peso en forma exacta.

- 17) La Enfermera debe coordinar el cuidado del lactante con la enseñanza a la madre de métodos apropiados para el cuidado de éste y comunicarle sus observaciones.

## IV.- ATENCION DE ENFERMERIA

## -CASUISTICA-

CASO No. 1

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de ingreso: 23/septiembre/1983  
Nombre: E.R.Z.  
Edad: 9 meses  
Sexo: Femenino

DIAGNOSTICO MEDICO: BRONQUITIS AGUDA  
DESHIDRATAACION LEVE  
DESNUTRICION I GRADO

## HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia su padecimiento hace 8 días con cuadro gripal el cual se acompaña con espectoraciones húmedas en ocasiones, con vómitos posprandial, hipertermia no cuantificada, evacuaciones amarillas semilíquidas con grumos.

Exploración física: Paciente de sexo femenino de 9 meses de edad, de constitución de acuerdo con lo real, bien conformada, sin movimientos anormales. Cabeza: Cráneo normocéfalo - no crestosis ni hundimiento, pelo bien implantado con fonta

nela normotensa. Ojos: pupilas isocóricas, reflejos normales simétricos, reflejo corneal presente y normal. Nariz y Oídos: normales. Cuello: forma y volumen de acuerdo con su constitución, no adenopatías. Tórax: forma y volumen de acuerdo con la constitución, campos pulmonares con estertores bronquiales, ruidos cardiacos rítmicos aumentados de intensidad y sin fenómenos agregados. Abdomen: blando, deprimible, peristalsis aumentada, no viceromegalia.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto del III embarazo a término, sin enfermedades intercurrentes, sin control médico. Parto eutócico atendido en institución médica, obteniéndose producto único vivo con llanto y respiración espontánea, no icterico, no cianótico, sin malformaciones congénitas aparentes.

Alimentación: Ablactación a los 3 meses el cual consiste a base de leche de vaca, vegetales, carne dos veces a la semana.

Inmunizaciones: Ninguna.

#### PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Higiene personal: baño cada dos días con cambio de ropa diaria. Higiene habitacional: regulares condiciones.

## PERSONALES PATOLOGICOS:

Presenta bronquitis a los 8 días de nacida, se trata con facultativo sin especificar medicamentos con los cuales cedió la sintomatología, pero el cuadro diarreico continuó en una semana, de características amarillo verdosas con grumo blanco semilíquidas y en tres ocasiones con moco y sangre, distensión abdominal presente, meteorismo presente, quirúrgicos negados, transfusiones negados, traumatismo una vez por caída de la cama con equimosis palpebral.

**PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS.**

24/Septiembre/1983

**IDENTIFICACION DE NECESIDADES:**

Tomar signos vitales y registrarlos, control de alimentación, hidratación, higiene personal y aseo de cavidades. Vigilar número y características de evacuaciones, cambio de posiciones, proporcionar seguridad y comodidad, administrar medicamentos.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION I GRADO**

DESHIDRATAACION LEVE

BRONQUITIS AGUDA

CUADRO GRIPAL

HIPERTERMIA

**OBJETIVOS:**

Mantener temperatura dentro de límites normales.

Mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

Dar comodidad y seguridad a la paciente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Sol. Glucosada al 10% 140ml más 140 ml. de sol. fisiológica más 2K.Cl. para 8 horas.</p> <p>Bolsa recolectora de orina. Control de temperatura -- por medios físicos. Ayuno por 8 horas. Probar tolerancia oral. Baño general y cuidados de Enfermería.</p>	<p>Canalizar vena con sol. indicada. Recolectar especímenes para lab.</p> <p>Se controla temperatura (bolsa de agua tibia) - baño general y aseo de la unidad y cambio de ropa personal, vigilar que permanezca en ayuno por 8 horas, después probar tolerancia oral.</p> <p>Trasladar al paciente a rayos X.</p>	<p>Lactante con 48 horas de internamiento con 38° - de temperatura - se controla por medios físicos, se manda orina a laboratorio, se prueba tolerancia oral y acepciones amarillas semilíquidas con grumos.</p>

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS

25-26/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Hidratar, higiene personal, aseo de cavidades, vigilar número y características de evacuaciones, cambios de posición, proporcionar seguridad y comodidad al paciente, aseo de la unidad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION LEVE  
DESNUTRICION I GRADO  
BRONQUITIS AGUDA  
CUADRO GRIPAL  
HIPERTERMIA

## OBJETIVOS:

Mantener temperatura dentro de límites normales.

Vigilar el equilibrio hidroelectrolítico.

Dar comodidad y seguridad al paciente.

Insistir que ingiera su fórmula en su totalidad.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Sol. Glucosada al 5% 140 ml. más 140 ml. de sol. fisiológica más 2K.Cl. para 8 horas. Leche entera 7 onzas por 6. Si acepta Este día se retira solución. Anotar número y características de evacuaciones. Vigilar signos de insuficiencia respiratoria. B.H. de control, aseo general y cuidados de Enfermería.</p>	<p>Vigilar permeabilidad de vena y cambio de las soluciones indicadas, controlar temperatura por medios físicos. Baño general y aseo de la unidad. Vigilar número y características de evacuaciones. Toma de sangre para B.H para laboratorio. Vigilar signos de insuficiencia respiratoria.</p>	<p>Lactante febril la cual cede, por medios físicos. Con buena tolerancia gástrica y se retira solución - ha disminuido el número de evacuaciones a 4 amarillentas semilíquidas con grumos paciente aparentemente tranquilo sin complicaciones.</p>



**PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS**

27/Septiembre/1983

**IDENTIFICACION DE NECESIDADES:**

Vigilar hidratación, higiene personal, número y características de evacuaciones, cambios de posición y alimentación, aseo de la unidad, proporcionar seguridad y comodidad al paciente, administrar sus medicamentos indicados, tiene necesidad de protección y de vigilar el barandal de su cuna. Enseñanza a los padres sobre su atención en casa.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION DE I GRADO  
BROQUITIS AGUDA.**

**OBJETIVOS:**

Mantener temperatura dentro de límites normales.

Dar comodidad y seguridad al paciente.

Proporcionar alimentación en cantidad y calidad suficiente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Leche entera 7 on- zas por 6. Control de temperatura. Anotar número y ca- racterísticas de - evacuaciones. Alta con indicacio- nes con Kanamicina 15 ml. cada 12 ho- ras.</p>	<p>Mantener temperatura dentro de límites norma- les (compresas de agua tibias). Aseo de la unidad. Dar fórmula cada 4 ho- ras. Administrar medicamen- tos mientras se va.</p>	<p>Lactante en su - estado general - mejorado, febril la cual cede por medios físicos, con buena inges- ta. Se inicia su tratamiento ya - que se diagnosti- ca bronquitis - aguda y se da de alta. Se orienta a familiares so- bre administra- ción de medica- mentos y cuida- dos.</p>

## CASO No. 2

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de ingreso: 20/junio/1983  
 Nombre: M.D.N.T.  
 Edad: 15 meses  
 Sexo: Femenino.

DIAGNOSTICO MEDICO: DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO  
 DESNUTRICION II GRADO  
 PROBABLE ABSCESO HEPATICO

## HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia padecimiento hace 10 días al presentar distensión abdominal así como evacuaciones diarreicas en número de 2 abundantes, amarillas, fétidas acompañadas de moco sin sangre, hipertermia no cuantificadas continua, hiporexia y náuseas sin llegar al vómito, actualmente sólo desaparece -- la hipertermia manteniéndose los demás síntomas.

Exploración Física: Se observa palidez de tegumentos.  
 Cabeza: sin datos de patología. Cuello: con ganglios en cadena carotídea, el resto sin datos patológicos. Tórax: sin da-

tos de patología a la inspección o palpable. Abdomen: aumento de volumen a expensas de crecimiento de víscera hepática, abarcando hipocondrio, flanco y parte de fosa iliaca derecha, con timpanismo generalizado y al parecer a la palpación. Genitales y Miembros: normales.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto del X embarazo que cursó sin control médico prenatal, sin enfermedades intercurrentes, atención de parto eutócico en institución médica obteniéndose producto único vivo con llanto y respiración espontánea no icterico, no cianótico, sin malformaciones congénitas aparentes.

Alimentación a base de leche materna durante 3 meses, agregándose posteriormente atole de maizena y leche de vaca, al año se le dan caldos y sopitas.

Desarrollo Psicomotriz: Inicia a los 3 meses.

Inmunizaciones: Completas aparentemente.

**PERSONALES NO PATOLOGICOS:**

Higiene personal y habitacional en malas condiciones, fecalismo al aire libre, alimentación actual deficiente en cantidad y calidad a base de atole de maizena.

En su domicilio hay hacinamiento y promiscuidad.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

Sarampión y varicela el 4 de mayo del presente.

Para la misma fecha presentó cuadro desinteriforme con una evolución de 10 días que remitió con modificación no especificada. Intervenciones quirúrgicas transfusionales, traumatismos, no relata; ni tratamiento con penicilina.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Abuelos paternos y abuela materna sanos aparentemente, abuelo materno asesinado. Padres sanos aparentemente, 6 hermanos sanos aparentemente, 3 hermanos muertos de cáncer, tuberculosis, cardiopatías, nefropatías, enfermedades mentales y epilepsia negados.

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS.

20/junio/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Aliviar distención abdominal, control térmico por medios físicos, alimentación, hidratación, higiene personal, - tranquilidad y comodidad, administración de medicamentos.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION

DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO

GASTROENTERITIS

ABDOMEN GLOBOSO

HIPOREXIA.

## OBJETIVOS:

Controlar temperatura por medios físicos. Procurar al paciente una hidratación adecuada, proporcionar al paciente una alimentación en cantidad y calidad suficiente. Disminuir la distención abdominal. Dar comodidad y bienestar al paciente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Canalizar vena -- con: Sol. Gluc. 10% 160 ml. Sol. Fisio log. 80 ml. K. Cl. 1 cc. Ayuno H.N.O. Sonda nasogástri- ca a derivación. Flagyl suspensión 125 mgrs. 1 cuchar rada cada 12 hrs. Emetina 5 mgrs. 1. M. cada 24 horas. Rx. de abdomen te le de tórax. B.H. con diferen- cial.	Instalación de venoclí - sis y vigilancia de la - misma. Baño de esponja y aseo - de cavidades. Instalación de sonda na- sogástrica. Somatometría y toma de - S.V. Extracción de sangre pa- rada cada 12 hrs. Trasladar al paciente a R.X. Administración de medica mentos: Flagyl 125 mgrs. vía oral 10-22 Emetina 5 mgrs. I.M. 10 Mantener al paciente en ayuno.	Paciente que in- gresa a ésta ins titución concien te, con abdomen globoso, intran- quila, diagnósti co: Desnutrición 11 grado, deshi- dratación hidro- electrolítica - probable absceso hepático amibia- no a descartar - linfoma. Se le toma soma- tometría, se le da baño de espon ja, se le hidra- ta por vía I.V. drena por sonda nasogástrica a - bierta líquido - glerobilioso sig

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
General de ori- na.	Control estricto de li- quidos.	nos vitales nor- males, curva <u>tér</u>
Control de lí - quidos.	Anotar número y carac - <u>terísticas de evacuacio</u>	mica elevada; se controla por me-
Signos vitales cada 3 horas.	nes. Cambio de ropa personal	dios físicos, se le toman exámenes
Cuidados de - Enfermería.	y de cama por razón ne- cesaria. Recolección de especíme	de gabinete indi- cados, durante las
	nes para laboratorio.	primeras 12 hs. - presenta evacua -
		ciones amarillas verdosas semill -
		quidas en número aproximado de 10-
		12, disminuyendo - en cantidad 4-6 -
		en las siguientes 12 hs. Acepta medí
		camentos. Cuanti- ficación de líqui
		dos en 14 horas. Ingresos: 720 ml.
		Egresos: 600 ml. Se le mantiene en
		ayuno.



## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

21/junio/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Alimentación en cantidad y calidad suficiente, hidratación, aliviar distensión abdominal, higiene personal, administrar medicamentos, dar comodidad y tranquilidad, necesidad de termorregulación.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION MODERADA.

DESNUTRIDO, CON ABDOMEN GLOBOSO Y DOLOROSO.

CUADRO ENTERAL ACTIVO.

HIPOREXIA, NAUSEAS, PALIDEZ DE TEGUMENTOS.

HIGIENE PERSONAL DEFICIENTE

## OBJETIVOS:

Que el paciente mantenga su temperatura normal.

Lograr hidratación adecuada.

Mantener al paciente en ayuno hasta nueva orden.

Vigilar número y características de evacuaciones

Movilizar poco, para evitar molestias y complicaciones, mientras determina la causa de la distensión abdominal.

Proporcionar comodidad, seguridad y limpieza al paciente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Sol. Gluc. 10% 120 ml. Sol. Fisiolog. 80 ml. K.Cl. 1ml. para 8 horas. Retirar sonda <u>na</u> <u>sogástrica</u> . Ayuno hasta nueva orden. Metronidazol <u>sus</u> <u>pensión</u> 125 mgs. cada 12 horas. Cuidados <u>genera</u> <u>les</u> de enferme <u>ría</u> . Valoración por <u>médico</u> <u>base</u> . Emetina 5 mgs. I. M. lenta cada 24 horas. Hepatogramagra <u>Probar</u> <u>toleran</u> <u>cia</u> <u>oral</u> . Pruebas <u>funcio</u>	Vigilar permeabilidad de venoclisis y control de soluciones. Toma y anotación de temperatura. Se administran <u>medicamen</u> <u>tos</u> : Metronidazol 125 mgs. <u>vía</u> <u>oral</u> . 10-12 Emetina 5 mgs. I. M. lenta 10 hrs. Se le retira sonda <u>naso</u> <u>gástrica</u> . Se mantiene en ayuno <u>has</u> <u>ta</u> <u>nueva</u> <u>orden</u> . Se le dá baño de esponja y se practica aseo de la <u>unidad</u> . Trasladar al paciente <u>para</u> <u>toma</u> <u>de</u> <u>estudios</u> (Hepatogramagra y Prue <u>bas</u> <u>funcionales</u> <u>hepá</u>	Continúa paciente lactante mayor en mal estado gene <u>ral</u> <u>consciente</u> , <u>afebril</u> , un poco <u>intranquilo</u> con <u>líquidos</u> <u>parente</u> <u>rales</u> , se retira sonda <u>nasogástri</u> <u>ca</u> <u>por</u> <u>indicación</u> <u>médica</u> , se le <u>practicó</u> <u>hepatoga</u> <u>mograma</u> <u>y</u> <u>pruebas</u> <u>funcionales</u> <u>hepá</u> <u>ticas</u> con los <u>cua</u> <u>les</u> se espera de <u>terminar</u> <u>la</u> <u>causa</u> <u>de</u> <u>la</u> <u>distensión</u> <u>abdominal</u> <u>tan</u> <u>acentuada</u> <u>Presenta</u> <u>regular</u> <u>tolerancia</u> <u>gástri</u> <u>ca</u> <u>e</u> <u>hiporexia</u> , <u>-</u>

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
nales hepáticas.	<p>Se le prueba tolerancia oral con té.</p> <p>Se vigila número y características de evacuaciones.</p>	<p>se observan náuseas y evacuaciones amarillas, - semilíquidas con moco en número de 4.</p> <p>Se esperan resultados de BH.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS.

22-23/junio/1983

IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

*Hidratación, mantener su temperatura dentro de lo normal, alimentación suficiente, administrar medicamentos, proporcionar comodidad y seguridad.*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION CON BUENA HIDRATACION.

FEBRICULA E HIPOREXIA

ABDOMEN GLOBOSO Y DOLOROSO

QUEJUMBROSO CON PALIDEZ DE TEGUMENTOS.

OBJETIVOS:

*Que el paciente se mantenga bien hidratado, que conserve su temperatura dentro de cifras normales, disminuir sus molestias, proporcionándole comodidad, limpieza y seguridad, dar movilización pasiva, vigilar estrechamente y anotar características de evacuaciones.*

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Leche entera 100 cc. alternada con té.	Control y vigilancia de venoclisis.	Lactante mayor, de licada, consciencia, con febrícula y alza térmica de
Sol. Gluc. 10% 120 ml. Sol. Fisiolog. 60ml. K.Cl. 1 ml.	Administración de medicamentos:	38.5°C. se le controla por medios
Metronidazol suspensión 125 mg. cada 12 horas.	Metronidazol suspensión 125 mg. 10-12	físicos, un poco intranquila, con
Emetina 5 mg. I.M. cada 24 horas	Emetina 5 mg. I.M. 10	hiporexia, buena tolerancia gástrica. 4 evacuaciones que mejoran
Pendiente Gama - grafía hepática.	Se le hace aseo general y de cama con sumo cuidado.	en su aspecto:
No movilizar.	Se le proporcionan alimentación cada 4 horas	amarillas, grumosas, con moco y
NO PALPAR ABDO - MEN.	e hidratación alterna - da.	fétidas.
Muy delicada	Se vigila número y caracte - rísticas de evacuacio - nes.	Los resultados de la gamagrafía en - tregados el día -
25/jun/1983		23/junio/83
Comentar el caso para valorar pun - ción	Se colabora con perso - nal de laboratorio para efectuar tiempo de	Corroboran el - absceso hepático.
Tiempo de pro -		

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
protrombina.	protrombina.	<p>La B.H. indica anemia normocítica hipocrónica. En la prueba funcional hepática se observa elevación de bilirrubina directa.</p> <p>Por orden médica y debido al estado de la paciente, se le moviliza sólo por razón necesaria y cuidado extremo.</p>

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

24/junio/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

El paciente tiene necesidades de alimentación suficiente y adecuada. Vigilar signos peritoneales, que mantenga la temperatura normal y buena hidratación.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION

PALIDEZ DE TEGUMENTOS

ABDOMEN DISTENDIDO Y DOLOROSO.

## OBJETIVOS:

Proporcionar alimentación en cantidades y calidad suficiente.

Transfundir para mejorar la hemoglobina.

Movilizar poco para evitar molestias y complicaciones.

Mantenerla limpia y cómoda.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Leche entera 100 cc. cada 4 horas alternada con té.	Se mantiene venoclisis permeable y se vigila Se administra medicamentos:	Lactante mayor, consciente, afebril, con buena ingesta y tolerancia, oral
Sol. Gluc. 10% 120 ml. Sol. Fisiolog. 60 ml. K. Cl. 1ml para 8 horas.	Emetina 5 mgs. I.M. 10 Metronidazol 125 mgs. via oral.	y gástrica, bien hidratada, se transfunde sin accidentes, no presen
Emetina 5 mgs. I.M. cada 24 hs. Metronidazol 125 via oral cada 12 hs.	10-22 Toma y registro de temperatura. Se vigilan signos peritoneales y estado general.	ta signos peritoneales, abdomen globoso, blando con diuresis y evacuaciones de característi
NO PALPAR ABDOMEN. Vigilar signos peritoneales	Se transfunde sangre total 75 ml. y se vigila.	cas normales, se mantiene con temperatura normal sin problemas agregados
Pendiente transfundir paquete globular 75 ml.	Se le da fórmula cada 4 horas y té alternan	
Muy delicada.	Se le mantiene limpia y cómoda. Se vigila número y ca	



---

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
25/junio/1985 ALTA VOLUNTA - RIA.	racterísticas de eva - cuaciones.	Lactante mayor que continúa delicada. Consciente, afebril, con palidez de te - gumentos moderada, con buena ingesta, fué dado de alta -- por solicitarlo los familiares.

---

## C A S O No. 3

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de Ingreso: 9/julio/1983

Nombre: M.H.P.

Edad: 2 meses

Sexo: Femenino.

DIAGNOSTICO MEDICO: GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE INFECCIOSA  
DESHIDRATACION PARCIALMENTE CORREGIDA  
DESNUTRICION DE II GRADO  
ANEMIA  
DESCARTAR INFECCION DE VIAS URINARIAS.

## HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia padecimiento hace 20 días, vómito desde hace -  
20 días, diarrea hace 3 días.

Vómito inmediato posprandial, de contenido alimenta-  
rio 8 veces al día. Diarrea amarillo verdosa grumosa sin mo-  
co ni sangre en número de 5 al día. Acudió con médico parti-  
cular el cual prescribió medicamentos no especificados, sin  
mejoría de su cuadro, posteriormente es traída a esta insti-  
tución donde se interna con diagnóstico de probable hipertro-  
fia de plloro; no comprobándose el diagnóstico y dándose de

alta a los 2 días para reingresar nuevamente a urgencias de donde es remitida a este servicio. Ha sido manejada con medidas generales, encontrándose actualmente con persistencia de evacuaciones diarreicas, ha presentado vómitos de contenido alimentario.

Exploración Física: lactante menor de 2 meses de edad con hipertrofia muscular acentuada, tegumentos pálidos, en actitud libremente escogida, sin movimientos, con cabello reseco y frágil, pupilas simétricas, centrales y normorrefléxicas, conjuntivitis pálidas, mucosas orales regularmente hidratadas, orofaringe normal, conductos auditivos y nasales permeables.

Cuello: cilíndrico, tráquea central y móvil, no se palpan adenopatías y tiroides, pulsos carotídeos homócerotos y sin crónicos con el contralateral. Tórax: de forma y volumen normal, con borde costal visible, amplexión y amplexación normales, buena transmisión del murmullo vesicular, sin estertores. Área cardíaca con ruidos cardíacos rítmicos sin soplos soplantes. Abdomen: ligeramente distendido con escaso pániculo adiposo, se dibujan asas intestinales, no hay visceromegalías, timpanismo generalizado, peristalsis ligeramente aumentada. Genitales Externos, Rectal y Vaginal: con eritema genitales externos y tercio superior de muslos, resto normal. Extremidades: hipotróficas, pulso palpable, buen llenado capilar, reflejos normales. Columna vertebral: normal.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Producto de la III gesta a término, sin control prenatal al cuarto mes de embarazo cursó con infección venérea recibiendo tratamiento a base de Penicilina Benzatínica - 24 000 U.I. como dosis única, sin exposición a agentes teratógenos. Con trabajo de parto de 4 horas al parecer se aplicaron oxitócicos sin justificación médica, parto eutócico, lloró y respiró al nacimiento, sin antecedentes de cianosis, ictericia, sangrado o crisis convulsivas.

Alimentación: No tuvo alimentación al seno materno, alimentación con leche entera sin diluir durante 1 mes, posteriormente se le da leche SMA 3 medidas en 4 onzas, posteriormente 4 medidas en 5 onzas, mismas que ingiere en la actualidad. No ha iniciado ablactación.

Desarrollo Psicomotor: Con succión y deglución adecuada desde el nacimiento, fija la mirada desde hace 15 días.

Inmunizaciones: Ninguna.

**PERSONALES NO PATOLOGICOS:**

Viven en vecindad localizada en zona urbana, constituida por un cuarto, habitada por 4 personas, piso de mosaico, paredes de ladrillo y techo de teja, con toma de agua común para la vecindad, sin luz eléctrica. Depositán la basura en bote, el cual es recogido por carro 2 veces por semana. No posee animales domésticos.

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

Niega antecedentes previos a padecimiento actual.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Padre: Hace 6 meses cursó con enfermedad no especificada probable gonorrea, recibiendo tratamiento con Penicilina, actualmente sano.

Madre: Padeceó otitis de repetición en la infancia, -niega demás antecedentes, actualmente con probable enfermedad gastrointestinal.

Hermanos: Un hermano muerto a los 3 meses de edad con malformación congénita (labio y paladar hendido) y probable infección gastrointestinal. Un hermano vivo de 1 año 3 meses

con hernia umbilical y cuadros gastrointestinales que cedieron con tratamiento médico, actualmente sano.

Abuelos Paternos: El muerto en accidente automovilístico, - ella diabética y con problemas de corazón.

Abuelos maternos: El muerto, desconoce la causa, ella al parecer hipotensa, niega demás antecedentes.

Colaterales: Una tía sordomuda, resto de antecedentes negados.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 12 HORAS

9/julio/1983

IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

*Vigilar que mantenga temperatura normal, necesidad de hidratación adecuada, mantener vacío y en reposo el estómago, comodidad, seguridad y limpieza.*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION MODERADA DE PIEL  
Y MUCOSAS  
DEPRESION DE FONTANELA  
TOLERANCIA GASTRICA DEFICIENTE  
CUADRO ENTERAL ACTIVO  
DISTENSION ABDOMINAL  
HIPERTERMIA MODERADA.

OBJETIVOS:

*Mantener la temperatura corporal de la paciente por medios físicos, dentro de cifras aceptables.*

*Que recupere el equilibrio hidroelectrolítico.*

*Aliviar la distensión abdominal.*

*Proporcionar seguridad y confort a la paciente.*

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Sol. Gluc. 100 ml. Sol. Fisio-lógica 50 ml- K. Cl. 0.5 ml. si orina para 8 horas. Caolín pectina 1 cuchara vía oral cada 4 hs. Control de temperatura: Ayuno por 6 hs. después hidratación oral a tolerancia posteriormente fórmula 90 por 7	Baño general Toma y registro de peso. Control térmico por medios físicos. (aplicación de compresas heladas). Canalizar vena con solución indicada, Administrar medicamentos: Caolín Pectina 1 cucharada vía oral 4-8-12-16-18-20-24 Se mantiene a la paciente en ayuno por 6 horas. Se prueba tolerancia con té. Se efectúan cambios frecuentes de pañal y ropa de cama.	Ingresa lactante femenino de 2 meses de edad, peso: 2.900 kgs. diagnóstico gastroenteral y desnutrición. Con hipertermia moderada 37.7°C se controla por medios físicos se aprecia distensión abdominal; queda en ayuno por indicación médica, no acepta tolerancia gástrica. Durante las primeras 12 horas de internamiento presenta 3 vómitos postprandiales (leche semidigerida). 7 evacuaciones amarilla verdosa grumosa semi-



---

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
-------------	------------------------	---------------

---

líquida.

Diuresis normal y -  
espontánea; se agre-  
ga K.Cl. a la solu-  
ción.

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

10/julio/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

La paciente necesita que se hidrate adecuadamente, - que mantenga temperatura normal, alimentación suficiente en calidad y cantidad. Mantener vías aéreas superiores libres, se de seguridad y confort.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: ABDOMEN LIGERAMENTE DISTENDIDO  
 DESHIDRATAACION LEVE  
 DESNUTRICION MODERADA  
 CUADRO ENTERAL CON BUENA EVOLUCION  
 MALA TOLERANCIA GASTRICA  
 PALIDEZ DE TEGUMENTOS.

## OBJETIVOS:

Que la paciente respire sin problemas; extraer secreciones orofaríngeas, que logre una buena hidratación, vigilar que ingiera su alimentación completa y la tolere, que no se produzcan alzas térmicas. Proporcionar comodidad y seguridad.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Ayuno por 6 hs.</p> <p>Después de ayuno iniciar tolerancia con Sol. gluc. 5% 90 cc.</p> <p>si no vomita, seguir con fórmula 90 por 7</p> <p>Venoclisis para 8 horas.</p> <p>Sol. Gluc. 10% 120 ml. Sol. Fisiológica 60 ml K.Cl. 1 ml.</p> <p>Caolín Pectina simple</p> <p>1 cucharada cada 6 hrs.</p> <p>Cuidados generales de enfermería. Aseo de narinas y aspiración de secreciones.</p>	<p>Dar baño de esponja, cambio de ropa y aseo de la unidad.</p> <p>Vigilar permeabilidad de venoclisis</p> <p>Administrar medicamentos: Caolín Pectina simple . 1 cucharada</p> <p>6-12-18-24</p> <p>Toma y registro de temp.</p> <p>Se mantienen vías aéreas libres, mediante aseo de narinas con solución fisiológica y aspiración de secreciones por razón necesaria. Vigilar evacuaciones (número y características) Se mantiene en ayuno por 6 hs.</p> <p>Se prueba tolerancia con sol. gluc. 5%</p> <p>Se proporciona fórmula.</p>	<p>Lactante mayor en regular estado general, afebril, con distensión abdominal ligera, por orden médica vuelve a quedar en ayuno por 6 horas, se prueba tolerancia con regular aceptación a solución glucosada; no asla la fórmula (2 vómitos pospandriales, leche semidigerida.</p> <p>Presenta 4 evacuaciones amarillo verdosa semilíquidas con evolución satisfactoria.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS.

11-12/julio/1983

IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Mantener temperatura normal, equilibrio hidroelectrolítico adecuado, proporcionar alimentación suficiente en cantidad y calidad, que se le proporcione seguridad física, -  
comodidad y bienestar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: PALIDEZ DE TEGUMENTOS

DESHIDRATAACION Y DESNUTRICION MODERADA

LIGERA DISTENCION ABDOMINAL

CUADRO ENTERAL EN REMISION, AFEBRIL

TOLERANCIA GASTRICA MEJORADA.

OBJETIVOS:

Mantener venoclisis permeable hasta lograr el equilibrio hidroelectrolítico. Vigilar que mantenga temperatura corporal dentro de límites normales. Que ingiera fórmula adecuada.

Proporcionar a la paciente limpieza, comodidad y bienestar.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Iniciar tolerancia oral con <u>so</u> luc. Gluc. 5% 60 ml. si no vomita ofrecer fórmula.</p> <p>Sol. Gluc. 10% 100 ml. Sol. Fisiolog. 50ml. - K. Cl. 1 ml. para 8 horas.</p> <p>Caolín Pectina 1 cucharada vía oral cada 6 hs.</p> <p>Cuidados generales de enfermería.</p> <p>Se solicita BH, Coprocultivo y examen general de orina.</p>	<p>Control y vigilancia de venoclisis.</p> <p>Registro y toma de temperatura. Se proporciona al paciente baño general, cambio de ropa y personal y aseo de la unidad.</p> <p>Se reinstala venoclisis. Se le administra medicamentos:</p> <p>Caolín Pectina simple 1 cucharada vía oral.</p> <p>6-12-18-24</p> <p>Se le hace aseo de cavidades.</p> <p>Se extrae sangre para BH, y se recolectan especímenes de laboratorio.</p> <p>Se da a la paciente hidratación oral y fórmula. Se anotan número y características de evacuaciones.</p>	<p>Lactante menor con buena evolución, afebril, con deshidratación y estado nutricional mejorando con buena tolerancia gástrica y oral se reinstaló venoclisis por infiltrarse, presenta diuresis de aspecto normal y evacuaciones en número de 4 amarillo verdoso semilíquido, abdominal y depresible se mantienen vías aéreas permeables.</p> <p>Sin problemas agregados.</p>

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS.

13/julio/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

La paciente tiene necesidad de hidratación adecuada, de mantener su temperatura corporal dentro de límites normales, de ingerir alimentación adecuada y suficiente, de recuperar cifras normales de hemoglobina de mantenerla limpia y cómoda.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION LEVE

ESTAVO NUTRICIONAL MEJORADO

AFEBRIL

PALIDEZ DE TEGUMENTOS.

## OBJETIVOS:

Mantener a la paciente limpia y cómoda para evitarle eritema en región perineal.

Cambios frecuentes de posición para evitarle formación de escaras.

Vigilar que no presente alzas térmicas.

Que se hidrate adecuadamente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Fórmula 60 por 8.	Baño de esponja.	Paciente mejorando
Hidratación	Cambio de ropa personal y de cama.	en su estado gene-
oral a tolerancia.	Control de venoclisis y vigilancia.	ral, no presenta -
Sol. Gluc. 10% 100 ml.	Toma y registro de temperatura.	variaciones en su
Sol. Fisiolog. 50 ml. K.Cl. 1 ml.	Administrar medicamentos.	temperatura corpo-
para 8 horas.	Administrar Caolín Pectina 1 cucharada vía oral.	ral, se le trans -
Caolín Pectina Simple 1 cucharada cada 6 hs.	6-12-18-24	funde sin acciden-
control de temperatura por medios físicos.	Instalarle transfusión y vigilancia de la misma. Se proporciona fórmula, hidratación oral.	tes, presenta diu-
	Se anota número y características de evacuaciones.	resis normal, con
		buena ingesta y tolerancia gástrica.
		presentó 3 evacuaciones, amarillas
		semilíquidas y 2 amarilla pastosa -
		fétida.

PLAN DE ATENCION PARA 48 HORAS.

14-15/julio/1983

IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Mantener temperatura corporal e hidratación adecuada.

Proporcionar alimentación en cantidad y calidad suficiente.

Que se oriente a familiares para el cuidado posterior del paciente a su egreso del hospital.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: PALIDEZ DE TEGUMENTOS LEVE

ESTADO NUTRICIONAL MEJORANDO

AFEBRIL

OBJETIVOS:

Proporcionar al paciente comodidad y seguridad.

Que los familiares del paciente se concienticen de -  
las medidas que deben seguir para el cuidado posterior de -  
su paciente.



TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Retirar solucio nes. Fórmula 90 por s. Hidratación oral Cuidados gene rales de enfer mería.	Toma y registro de tem peratura. Baño general. Cambio de ropa personal Aseo de la Unidad. Se proporciona fórmula y se le da hidratación oral.	Paciente con buen estado general, afe bril. Se le retiran solu ciones, con diure sis y excretas nor males, ingiere su fórmula con buen apetito y toleran cia gástrica.

15/julio/1983

Alta por mejo ría.	Orientación a los fami liares sobre medidas higiénicas y dietéticas que deberán seguir en su hogar para lograr la recuperación completa de la paciente.	Paciente que sale de esta institución en buen estado gene ral aparente, afe bril, es dada de alta por mejoría.
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## C A S O No. 4

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de ingreso: 20/septiembre/1983  
Nombre: M.J.M.  
Edad: 40 días.  
Sexo: Femenino

DIAGNOSTICO MEDICO: GASTROENTERITIS  
DESNUTRICION III GRADO  
DESHIDRATAACION LEVE  
BRONCONEUMONIA PROBABLEMENTE BACTERIA  
NA.

## HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia su padecimiento a los 15 días de nacida, con cuadro diarreico de color amarillento con moco y sangre en número de 15 veces, con fiebre no cuantificada, acompañándose de ataque al estado general, internada y manejada al parecer con solución y antibióticos, al internarse vuelve a presentar evacuaciones con moco y sangre en el mismo número.

Exploración Física: Paciente de edad aparente a la cronológica, del sexo femenino, actitud libremente escogida; facies incharacterística, íntegra, bien conformada. Cráneo: normocéfalo sin exostosis ni hundimientos, pupilas simétricas con buena respuesta a estímulos luminosos, nariz y ojos normales. Mucosas: ligeramente secas. Faringe hiperémica, Fontanelas: ligeramente hipotensas. Cuello: forma y volumen normal. Campos pulmonares: bien ventilados, no hay estertores, ligeros ruidos intercostales con retracción supraesternal y xifoidea. Ruidos cardíacos: sin fenómenos acústicos agregados. Abdomen: blando depresible con signos de deshidratación. No se palpan visceromegalias, paristalsis presente. Respiratorio: tos seca el día de hoy, piel mármora, signo de lienzo húmedo.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto del XV embarazo a término, sin enfermedades intercurrentes, sin control médico. Parto eutócico atendido en esta institución, lloró y respiró al instante sin cianosis ni malformaciones congénitas.

*Alimentación: Los primeros 15 días al seno materno, posteriormente se le proporciona atole de maizena con leche de vaca.*

*Inmunizaciones: Ninguna*

**PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

*Habitación deficiente en higiene y ventilación, Higiene general deficiente.*

**PERSONALES PATOLÓGICOS:**

*Alérgicos, traumáticos, transfusionales y quirúrgicos, negados.*

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS.

20/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

La paciente necesita hidratación por vía oral y parenteral.

Respira sin dificultad: mantener vías aéreas libres, que se le ayude a que disminuya su insuficiencia respiratoria y distensión abdominal.

Que se le proporcione alimentación suficiente en cantidad y calidad.

El paciente tiene necesidad de termorregulación y que se le vigilen evacuaciones.

Que se le mantenga cómoda y segura.

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION

DESNUTRIDA

CIANOSIS, POLIPNEA, TIROS INTER -  
COSTALES

RETRACCION XIFOIDEA

EVACUACIONES DIARREICAS

HIPERTERMIA.

**OBJETIVOS:**

Que el paciente se hidrate adecuadamente, que se le mantenga con buena oxigenación, con vías aéreas permeables, colocarla en posición adecuada, controlar temperatura por medios físicos, vigilancia estrecha, dar comodidad y confort.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Ayuno hasta nueva orden.</p> <p>Soluciones para 8 horas.</p> <p>Sol. Gluc. 5% 110 ml. Sol. Fisiol. 110 ml.</p>	<p>Toma y anotación de peso</p> <p>Toma de temperatura y control; mediante la aplicación de compresas heladas.</p> <p>Instalación de venoclisis.</p>	<p>Ingres a lactante menor del sexo femenino, con diagnóstico Gastroenteritis, deshidratación de III grado, Bronconeumonía pro-</p>
<p>Penicilina Cristalina 50,000 U. I. intravenosa cada 4 horas.</p>	<p>Instalación de ambiente húmedo.</p> <p>Instalación de oxígeno directo.</p>	<p>bablemente bacteriana, en mal estado general, irritable con cianosis peribucal y ungueal,</p>
<p>Kanamicina 30 mgs. intramuscular cada 12 hs.</p>	<p>Se le dá posición de Rossiere.</p> <p>Se toma sangre para BH</p>	<p>presenta tirros intercostales y re-</p>
<p>Kanamicina 30 mgs. intramuscular cada 12 hs.</p>	<p>Se administran medicamentos:</p> <p>Penicilina cristalina 50,000 U. I. intravenosa 4-8-12-16-20-24</p> <p>Kanamicina 30 mgs. intramuscular. 10-22</p> <p>Ambiente húmedo, posición de Rossiere</p>	<p>tracción xifóidea, con oxígeno y ambiente húmedo funcionando. Peso 4.700 Kgs. Temperatura: 38.6°C se le controla por medios físicos con evacuaciones ama-</p>

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Se mantiene al paciente en ayuno.	Vigilar signos de insuficiencia respiratoria y cardiaca.	rillas, semilíquidas con moco y sangre en número de 14
Vigilancia de evacuaciones número y características.	Anotar número y características de evacuaciones.	en 24 horas.
	Solicitar BH. Amiba en fresco, tele de tórax.	Se le toman muestras para laboratorio, se pasa a Rx.



## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS.

21-22/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Hidratación adecuada, mantener vías aéreas libres, -  
vigilancia estrecha, necesidad de termorregulación, limpieza,  
comodidad y seguridad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: HIPERTERMIA.

CIANOSIS, TIROS INTERCOSTALES

RETRACCION XIFOIDEA ACENTUADA

DESHIDRATAACION

DESNUTRICION

## OBJETIVOS:

Vigilar estrechamente al paciente, mantener vías aéreas libres, bien oxigenado, controlar temperatura por medios físicos, dar comodidad, seguridad y bienestar al paciente.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA.	OBSERVACIONES
Ayuno hasta nueva orden. Venoclisis para 8 horas.	Vigilancia y control de venoclisis. Se da a la paciente baño de esponja.	Paciente grave, mal estado general, con hipotermia que es controlada por medios físicos, presentando signos de insuficiencia respiratoria acentuada, se le mantienen vías aéreas libres, sus evacuaciones han disminuido en número las siguientes 48 horas - posteriormente a su ingreso (8-10 amarilla verdosa semipastosa)
Sol. Gluc. 5% 110 ml. Sol. Fisiol. 110 ml.	Aplicación de compresas tibias para control térmico.	
Penicilina Cris. Intravenosa cada 4 horas.	Se mantiene con ambiente húmedo y oxígeno directo, se vigilan	
Kanamicina 30 mgs. Intramuscular cada 12 hs.	Se le coloca en posición indicada.	
Oxígeno 2 lts. por minuto.	Se hace aseo de narinas y se aspiran secreciones.	
Ambiente húmedo	En ayuno hasta nueva orden.	
Posición de Rossiere	Administración de medicamentos:	
Vigilar signos de insuficiencia respiratoria y cardiaca.	Penicilina cristalina 50,000 U.I. Intravenosa 4-8-12-16-20-24.	

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Anotar número y características de evacuaciones.	Kanamicina 30 mgs. <u>intra</u> muscular. 10-22 Se vigilan signos de insuficiencia respiratoria y cardiaca. Se le proporciona comodidad y limpieza.	

\*NOTA: No se pudieron conseguir los demás datos por estar incompleto el expediente.

## C A S O No. 5

## DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Fecha de Ingreso: 30/agosto/1983  
Nombre: D.F.M.  
Edad: 6 meses  
Sexo: Femenino

DIAGNOSTICO MEDICO: GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE VIRAL.  
DESNUTRICION III GRADO  
DESHIDRATACION SEVERA.

## HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia hace 5 días con evacuaciones amarillas vendosas líquidas con moco y sangre en número de 10-12 en 24 horas. Simultáneamente presenta vómito post-pandrial cada vez que se le da alimento, hipertermia no cuantificada acompañada de diaforesis le prescribieron medicamentos con los que moderadamente cedió el cuadro, el cual presentó nueva exacerbación hace 2 días por lo que fue traída al servicio, refiere discreta tos, hace mención que estos cuadros lo repite con frecuencia desde los 3 meses coincidiendo con el destete.

Exploración física: Paciente de sexo femenino de edad aparente a la real, íntegra, bien conformada, constitución débil, consciente con facies discretamente Volteriane con movimientos anormales consistentes en tiros intercostales moderados, irritable, se adapta al medio.

Cabeza: cráneo normocefalo con pelo escaso, mal implantado, fino con calvicies parcial y fontanela anterior cartilaginosa sin hundimientos.

Cara: Ojos normales, regular hidratación de conjuntivas nariz y oídos sin anomalía, boca con mucosa oral regularmente hidratada pálida, lengua y orofaringe sin anomalías.

Cuello: Corto cilíndrico sin palpase ganglios aumentados de volumen ni torcidos, con pulso carotídeo presente.

Torax: Forma y volumen de acuerdo a la constitución, se aprecia hipotrofia de masas musculares, se insinúa esqueleto torácico de bajo de la piel, campos pulmonares con presencia dudosa de estertores alveolares basales, rítmicos cardíacos normales, tiros intercostales moderados.

Peso: 2.750 Kgs.

Talla: 57 cms.

PC: 36 cms.

PT: 34 cms.

PA: 29 cms.

PIE: 8 cms.

Abdomen: Forma y volumen de acuerdo a su constitución, blando y depresible, no se palpan víceromegalias, se palpa borde inferior hepático inmediatamente por debajo del borde costal. Peristalsis presente.

Columna vertebral: Normal.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Producto del III embarazo, a término sin control médico prenatal, parto atendido por empírica en su domicilio con llanto y respiración inmediata espontánea, sin malformaciones congénitas aparentes.

Alimentación: Al seno materno hasta el tercer mes, posteriormente a base de leche pasteurizada con maizena, no ha iniciado ablactación.

Inmunizaciones: 2 Sabin

#### PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Higiene habitacional deficiente, hacinamiento, no tiene drenaje, fecalismo en letrina.

## PERSONALES PATOLÓGICOS:

Cursa con cuadros de gastroenteritis de repetición - desde el destete y desde entonces se le ensayan muchos tipos de leche industrializada, niega antecedentes traumáticos, - transfusionales, quirúrgicos, niega antecedentes de alergias a medicamentos.

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre vivo, madre 21 años viva, sana, gesta III, - abortos 0, cesáreas 0, 2 hermanos en aparente buen estado - de salud, se desconoce antecedentes de diabetes, cardiopatías, nefropatías, epilepsias, neoplasias y enfermedades - mentales.

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

30/agosto/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Controlar su hidratación y equilibrio hidroelectrolítico. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Control de temperatura, higiene personal, administración de medicamentos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATACION  
DESNUTRICION III GRADO  
HIPOTONIA MUSCULAR  
HIPERTERMIA

## OBJETIVOS:

Mantener la vena canalizada para hidratación  
Disminuir número de evacuaciones proporcionando el tratamiento adecuado  
Mantener temperatura normal.  
Mantenerla limpia y cómoda.



TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Sol. Glucosada 10% 55 ml.	Baño general. Control de temperatura	Paciente que ingre- sa al servicio de -
Sol. Fisiológi- ca 30 ml. Du - rante 2 horas.	por medio de bolsas con agua tibia.	Pediatría, febril, se canaliza la vena y se le hidrata con
Sol. Glucosada 10% 80 ml.	Canalizar vena con Sol. indicada.	Sol. presente para 2 horas y posterior
Sol. Fisiológica 40 ml. más K. Cl al orinar duran te 8 horas.	Mantenerla en ayuno Vigilar diuresis Cambios de posición.	mente para 8 horas . si ya orinó el pa - ciente se le aumen - ta K. Cl. a la solu -
Notar número y características de evacuaciones.		ción, presenta eva - cuaciones amarilla
Control térmico por medios físi - cos.		verdosas con moco - líquidas, de 6 a 10
Vigilancia estre - cha.		en 24 horas y se - mantiene en ayuno.

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS

31/agosto/1983

10./septi./1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

*Vigilar hidratación, probar tolerancia oral, vigilar cuadro enteral, baño de esponja, alimentación adecuada en - cantidad y calidad, proporcionarle comodidad y seguridad.*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRATAACION  
DESNUTRICION III GRADO  
HIPOTONIA MUSCULAR  
HIPERTERMIA.

## OBJETIVOS:

*Probar tolerancia oral.*

*Que al paciente se le hidrate adecuadamente.*

*Crearle un ambiente agradable.*

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Iniciar tolerancia con té.	Probar tolerancia oral con té, posteriormente con leche. Vigilar	Se prueba tolerancia con té la cual es aceptada, poste-
Sol. Glucosada - 10% 50 ml.	venocllisis e hidratación.	riormente se le da fórmula que también
Sol. Fisiológica 40 ml. más 1 cc. de K.Cl. durante 8 horas.	Se anota número y características de evacuaciones.	es tolerada, continúa con vena permea-
Anotar número y características de evacuaciones	Se extrae sangre para B.H. se traslada a R.X para toma de placa	ble, sus evacuaciones han disminuido de 3 a 4 en 24 ho-
Toma de B.H.	Se le da baño de esponja.	ras las cuales son amarillas pastosas con moco.

---

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<i>1/septiembre/1983</i>		
<i>Probar tolerancia con leche entera 3 onzas cada 4 horas.</i>		
<i>Sol. Glucosada 10% 80 ml.</i>		
<i>Sol. Fisiológica 40 ml. más 1 cc. de K.Cl.</i>		
<i>Control término por medios físicos.</i>		
<i>Anotar número y ca- racterísticas de - evacuaciones. R.X. postero-anterior de tórax.</i>		

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

2/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Hidratación mediante administración de líquidos por vía parenteral. Vigilar cuadro enteral. Mantener temperatura en límites normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESHIDRACION MODERADA  
DESNUTRICION III GRADO.

## OBJETIVOS:

Mantener vena permeable

Proporcionarle comodidad y confort.

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Mismas solucio- nes.</p> <p>Vigilar número y características de evacuaciones.</p> <p>Vigilar signos de insuficiencia respiratoria.</p>	<p>Vigilar venoclisis</p> <p>Vigilar número y características de evacuaciones</p> <p>Vigilar insuficiencia respiratoria.</p>	<p>Venoclisis permeables, continúa hidratación por vía parenteral, la insuficiencia respiratoria es leve, mejora cuando se lo cambia a posición de Rossiere, presenta evacuaciones de 2 a 3 amarillo pastosas.</p>

## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 24 HORAS

3/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

*Vigilar estrictamente líquidos por vía oral y tolerancia.*

*Posición de Rossiere*

*Mantener vías aéreas libres.*

*Alimentación adecuada.*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: DESNUTRICION LEVE

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA LEVE

## OBJETIVOS:

*Mantenerle vías aéreas libres*

*Vigilar tolerancia e hidratación oral.*

*Mantenerla limpia y cómoda.*

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Se retiran solu- ciones.	Baño general	Se retira venocli-
Vigilar estric- tamente hidra- tación oral.	Retirar venocllisis	sis. Su hidratación
Anotar número y características de evacuaciones	Vigilar hidratación	por vía oral es
Vigilar signos de insuficien- cia respiratoria	por vía oral.	bien tolerada y su
Control de tem- peratura por me- dios físicos.	Vigilar insuficiencia	fórmula también.
	respiratoria.	Sus evacuaciones
	Control de temperatura.	son secas y amari-
		llas pastosas.
		Su insuficiencia
		respiratoria ha dis-
		minuido considera-
		blemente.
		Presentó febrícula
		de 37.7°C la cual
		se controló con bol-
		sas de agua tibia.



## PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA 48 HORAS.

4/septiembre/1983

5/septiembre/1983

## IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

*Vigilar hidratación estrictamente por vía oral.*

*Posición de Rossiere*

*Aspiración de secreciones para mantener vías aéreas - permeables.*

*Alimentación adecuada.*

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: TIROS INTERCOSTALES PERSISTENTES

## OBJETIVOS:

*Mantenerla con su dieta para mejorar su estado de - desnutrición.*

*Continuar su hidratación por vía oral.*

*Orientar a la madre respecto al tipo de dieta y elaboración de la misma que puede darle a la niña.*

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Leche mediana - cada 3 horas - con tē.	Administrar medicamentos llevar a R.X. para toma de placa.	Se le da fórmula cada 3 horas.más hidratación alter nada con tē.
Polivitaminas orales, un gote- ro cada 24 horas Anotar número y características de evacuaciones.		Se le da gotero de polivitaminas a - las 10 horas. Desaparece la fe - brícula. Se traslada a R.X. para placa de con- trol.

---

TRATAMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
5/septiembre/83 ALTA.	Cambiar ropa de calle Bajarla a sala de altas.	El paciente es dado de alta para regresar con cita con el pediatra.

G L O S A R I O

## G L O S A R I O

- ABLACTACION:** Cesación de la lactancia.
- ACIDO FOLICO:** Es un miembro del complejo vitamínico B
- ADINAMIA:** Falta o pérdida de la fuerza.
- ALIMENTO:** Sustancia que introducida en el organismo sirve para la nutrición.
- AMINOACIDOS:** Acido orgánico, principal constituyente de las proteínas.
- ANABOLISMO:** Proceso constructivo por el que las sustancias simples se convierten en compuestos complejos por la acción de células vivientes. Primera fase del metabolismo en oposición a catabolismo.
- ANEMIA:** Disminución del caudal hemoglobínico o del número de eritrocitos del organismo.
- ANQUILOSTOMIASIS:** Enfermedad debida a la presencia de anquilostomas (parásitos)
- ANOREXIA:** Falta de apetito.
- ANTIBIOTICO:** Sustancias antimicrobianas de origen bacteriano o no.
- ANTICUERPO:** Sustancia específica de la sangre y otros líquidos orgánicos (globulinas) que aparece tras la inyección de elementos extraños (antígeno) sobre los que actúa especialmente; aglutinándolos (aglutinina) destruyéndolos (lisina), neutralizándolos (antitoxina) o precipitándolos (precipitinas)

- ANTIGENO:** Sustancia que introducida en el organismo provoca la formación de anticuerpos.
- ANTROPOMETRIA:** Estudio de las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos.
- BH:** Biometría Hemática.
- CALORIA:** Cantidad de calor necesaria para elevar 1°C la temperatura de 1 gr. (caloría pequeña) o de 1 kg. (caloría grande) de agua, a la presión ordinaria.
- CAQUEXIA:** Estado de trastorno general profundo y progresivo de causas diversas.
- CARTILAGO:** Sustancia elástica, flexible, blanca o grisácea, adherida a las superficies articulares óseas y que forma ciertas partes del esqueleto.
- CATABOLICO:** Producto del catabolismo o de un proceso metabólico destructivo.
- CATALEPSIA:** Estado caracterizado por la pérdida de la contractilidad voluntaria y la sensibilidad. Los músculos no oponen resistencia (flexibilidad cefrea) y los miembros adquieren y conservan rígida la posición que se le dió. Se observa en alteraciones cerebrales graves y el hipnotismo e histerismo.
- COLAPSO:** Estado de postración extrema y de depresión repentina, con debilidad cardíaca, intermedio entre el síncope y la adinamia.

- DECUBITO:** Actitud del cuerpo en estado de reposo sobre un plano más o menos horizontal.
- DESHIDRATACION:** Separación del agua de constitución de los tejidos.
- DESNUTRICION:** Trastorno metabólico por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.
- DESTETE:** Cesación de la lactancia.
- DIARREA:** Evacuación intestinal frecuente, líquida y abundante.
- EDEMA:** Acumulación abundante de líquido seroalbuminoso en el tejido celular debida a diversas causas.
- ELECTROLITOS:** Elemento o sustancia capaz de ser descompuesto por electrólisis.
- ENDOCRINO:** Designación de los órganos o glándulas de secreción interna o relativo a los mismos.
- ERITEMA:** Enrojecimiento difuso de la piel, producido por la congestión de los capilares y que desaparece momentáneamente por la compresión.
- ESCORBUTO:** Afección carencial por falta o insuficiencia de vitamina C.
- ESTEATOSIS:** Infiltración o degeneración adiposa de los elementos anatómicos.
- ESTERTOR:** Ruido que el moribundo produce el paso del aire a través de mucosidades acumuladas en la laringe, tráquea y los bronquios.
- FIBROSIS:** Formación del tejido fibroso.

- FIEBRE:** Síndrome complejo integrado por hipertermia, taquicardia, taquipnea, estado saburral, quebrantamiento e intranquilidad o estupor.
- FOTOFOBIA:** Intolerancia anormal a la luz, especialmente la provocada por afecciones oculares.
- GLANDULAS SUDORIPARAS:** Glóbulos glandulares que secretan sudor.
- H.N.O:** Hasta nueva orden.
- HETEROLOGO:** Formado por un tejido que no existe en estado normal o que se separa del tipo normal.
- HIPERTONIA:** Tono o tensión exagerados, especialmente tonomuscular; espasticidad, rigidez.
- HIPERTRICOSIS:** Desarrollo exagerado del pelo o cabellera.
- HIPOCROMICA:** Disminución de la hemoglobina es proporcionalmente mayor que la de 1 número de eritrocitos.
- HIRSUTISMO:** Hipertricosis, especialmente en la mujer.
- HOMEOSTASIS:** Tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica en la conservación de constantes biológicas.
- ICTERICIA:** Coloración amarilla de la piel, las mucosas y secreciones debidas a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.
- INANICION:** Estado de agotamiento o debilidad que resulta de la privación completa o parcial de alimentos.
- INFILTRACION:** Acumulación en un tejido de una sustancia extraña a él y estado consecutivo.



I. V. Intravenosa

LACTOGLOBULINA: Globulina de la leche.

LASITUD: Debilidad, desfallecimiento cansancio, agotamiento.

LETALIDAD: Mortalidad, especialmente proporción de muertes en una enfermedad en relación con los casos de enfermedad.

MAMIFEROS: Animales vertebrados que se caracterizan por tener mamas.

METABOLISMO: Suma de cambios químicos que consuman la función digestiva.

MORBILIDAD: Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempos determinados.

MORTALIDAD: Número proporcional de muertes en una población y tiempos determinados.

NECROSIS: Término general para las afecciones renales digestivas no inflamatorias, de los rñbulos especialmente.

NEURITIS: Afección inflamatoria de un nervio o nervios caracterizada por dolor y trastornos sensitivos, motores o trñficos segñn el nervio afectado.

NUTRICION: Propiedad metabólica por defecto de asimilación o exceso de desamilación.

OMNIVORO: Que come o ingiere toda clase de alimentos.

ORTEJO: Dedo del píe.

OSCITIS: Inflamación del periostio del hueso.

- OSMORALIDAD:** Concentración del soluto por unidad del volumen total de la solución.
- PELAGROSO:** (derivado de la palabra pelagra). Síndrome caracterizado por trastornos digestivos, dolores raquídeos, debilidad y posteriormente eritema seguido de descamación y alteraciones nerviosas.
- PROFILAXIS:** Conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo.
- QUERATOMALACTIA:** Reblandecimiento de la córnea.
- R. X.** Rayos X.
- RAQUITISMO:** Enfermedad del período de crecimiento, unida siempre a causas debilitantes y trastornos digestivos, caracterizada por perturbación de la nutrición y desarrollo del tejido óseo con trastornos generales; decaimiento, fiebre y falta de afecciones nerviosas. Su causa es la falta de vitamina D e insolación.
- REFLEJO:** Producido por transmisión nerviosa a un centro y desde aquí a un nervio secretorio o motor periférico.
- S. V.** Signos Vitales
- SOMATOMETRIA:** Medición del cuerpo especialmente en sus relaciones con la constitución o biotipología.

BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

## DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO:

Krup Charton. Editorial Manual Moderna  
Edición 19. México 1984

## INTRODUCCION A LA PEDIATRIA:

Eduardo Picazo. Editorial Francisco Méndez Oteo. Edición 2da. reimpresión.  
México 1982

## TRATADO DE PEDIATRIA:

Picazo. Editorial Salvat. Edición 6a. -  
Tomo 1 México 1971

## DICCIONARIO MEDICO:

Editorial Salvat. Edición 2a. México 1981

## PEDIATRIA PARA ENFERMERAS

J. Llorens. G. Figueras. Editorial Jims.  
Edición 1a. Barcelona 1972

## ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL:

S.B. Bethea. Editorial Interamericana.  
Edición 3a. México 1982

## MEDICINA INTERNA HARRISON:

Harrison. Editorial Prensa Mexicana. Edición 5a. México 1979.

## TRATADO DE PEDIATRIA:

G. Fanconi y A. Wallgren. Editorial Salvat  
Edición 6a. México 1958

**LOS ALIMENTOS Y EL HOMBRE:**

Lowenberg, Wilson, Todhunter, Feeney, -  
Savage. Editorial Limusa-Wiley S.A. Mé-  
xico 1970

**ENFERMERIA PEDIATRICA DE JEANS:**

Blake-Wright, Waechter. Editorial Nueva  
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.  
Edición 8a. México 1971

**PEDIATRIA CLINICA:**

Smith-Marshall. Editorial Interamericana  
México 1974.

**BASES BIOLÓGICAS EN LA PRACTICA PEDIATRICA:**

R.E. Cooke. Tomo 11. Editorial Salvat -  
Editores. México 1970.

**NUTRICIÓN Y REGIMEN DIETETICO MANUAL PARA LA ENFERMERA:**

Carolynn E. Town Send. Editorial Centro  
Regional de Ayuda Técnica. México 1971

**NUTRICIÓN INFANTIL:**

Samuel J. Fomon. Editorial Interamerica-  
na. Edición 2a. México 1976

**NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL:**

Adolfo Chávez, Cecilia Martínez. Edito-  
rial Interamericana. Edición 1a. México -  
1979.

**ALIMENTACION Y NUTRICION EN LA INFANCIA:**

Leopoldo Vega Franco. Editorial Francisco Méndez Cervantes. Edición 1a. México 1983

**ENFERMERIA PEDIATRICA:**

Enf. Dorothy R. Marlow. Editorial Interamericana. Edición 1a. México 1975.

**ENFERMERIA PEDIATRICA:**

Gloria Leifer. Editorial Interamericana. Edición 2a. México 1980

**CUADERNO DE NUTRICION:**

Volumen 5 número 2. Dr. Miguel Guevara - Alcina. Abril/mayo/junio 1980

**REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA:**

Volumen 51. Dr. Ignacio Avila Quintero. julio/agosto 1980.

**REVISTA MEXICANA DE PEDIATRIA:**

Volumen 11. Dra. M. Pedemonte B. Noviembre 1983.

**LA SALUD DEL NINO Y DEL ADOLESCENTE:**

Tomo 1. R. Martínez y J. Novoa. México 1983

**MEDICINA INTERNA:**

Farreas Rozman. Volumen 11. México 1978.

## MEDICINA INTERNA:

Cecil. Editorial Interamericana. Edición  
15a. Volumen 11 México 1983.

## A QUIEN CORRESPONDA:

Hacemos de su conocimiento que la Tesis que ha realizado la Srta. Marina Bustos Velázquez, con el nombre de: "ATENCIÓN DE ENFERMERIA A LACTANTES CON PROBLEMAS DE DESNUTRICION EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION", para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, ha sido revisada y aceptada, por la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA.

Guadalajara, Jal. a 25 de abril de 1985.

A T E N T A M E N T E .

ASESORAS DE TESIS:

E.P.F.A. Esperanza Hernández L.

Lic. Eng. Obst. Master en Admón.  
Bárbara Linda Matías de Flores

Vo. Se. Eng. Irma Bonilla de M.  
Directora Esc. de Enfermería de la U.A.G.