

65
203



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DESNUTRICION DE III GRADO

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

MARTHA BEATRIZ MORALES RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1986



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	4
1.1 Factores de crecimiento y desarrollo del ser humano	4
1.1.1 Factores metabólicos	5
1.1.2 Factores ambientales	8
1.1.3 Desarrollo	15
1.2 Epidemiología de la desnutrición en III grado	23
1.2.1 Etiología	26
1.2.2 Sintomatología y diagnóstico	30
1.2.3 Tratamiento	40
1.2.4 La alimentación en las familias marginadas	48
1.2.5 La nutrición de los sectores urbanos	53
1.2.6 Historia natural de la desnutrición	63
2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	82
2.1 Detección de problemas	90
2.2 Diagnóstico de enfermería	90

	Pág.
3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	93
3.1 Ficha de identificación	93
CONCLUSIONES	147
BIBLIOGRAFIA	150
GLOSARIO	153
ANEXOS	159

INTRODUCCION

La mayor parte de los países del mundo subdesarrollado (dos mil millones de habitantes), entre los cuales se encuentra México, tienen serios problemas para alimentarse adecuadamente, por un aporte insuficiente de calorías de las cuales, el déficit más importante corresponde a proteínas.

En México, el crecimiento demográfico se ha compensado con el incremento en la producción, que es aún insuficiente la de huevo y leche; aparentemente las cantidades serían suficientes en calorías, se dispone de casi 2,500 calorías por persona, pero en un país como el nuestro, lo recomendable sería 2,600 calorías, ya que la población menor de 15 años es más del 50%.

(1)

La deficiencia se acentúa en cuanto a la calidad ya que el valor calórico está dado fundamentalmente por cereales en especial maíz y el frijol. Si teóricamente se distribuyeran equitativamente los alimentos entre la población, tocaría un kilo de carne cada 22 días, un huevo y medio a la semana y aproximadamente un vaso de leche por día, lo que equivaldría aproximadamente a 21.2 gr. de proteínas por persona al día. Esta situación se agudiza cuando se considera que la utilización de los recursos alimentarios dentro del hogar dista mucho de ser la adecuada, influida por los patrones culturales, tabúes alimentarios, distribución regional de los alimentos y condiciones sanitarias.

(1) Picazo M., Eduardo Introducción a la Pediatría. pp. 153-154.

Si a lo anterior se agrega que el incremento de la población se ha hecho fundamentalmente a nivel de los grupos llamados "población marginada" y que el 30% de la población (aproximadamente 12 millones), corresponde a la llamada indígena, la cual sólo consume maíz, frijol, chile, arroz y muy esporádicamente proteínas de origen animal y que un 50% de la población corresponde a la clase popular o proletaria, cuyo consumo de alimentos es similar a la anterior con excepción de incluir en su dieta ocasionalmente leche, carne y huevo, queda sólo un 20% de la población que consume los alimentos más va liosos tal vez en exceso, lo que va en detrimento de los demás y falsean las cifras en las encuestas. (2)

Esta situación es más aparente en la población rural. En consecuencia, los problemas nutricionales afectan a más de la mitad de la población y condicionan un fenómeno de adaptación biológica y social llamada DESNUTRICION CRONICA, caracterizada por corta estatura, peso bajo, posiblemente re ducción de la energía psíquica, poca capacidad para defenderse de las situaciones de stress y, con frecuencia, manifestaciones carenciales. Socialmente se distingue por la deficiente capacidad para el trabajo con lo que su productividad desciende y se cierra así el ciclo del subdesarrollo.

El adulto muestra mayor capacidad de adaptarse que el niño, ya que éste tiene mayores requerimientos, condicionados por el crecimiento y desarrollo, depende de la dieta ofrecida por el adulto, y es más susceptible a procesos infecciosos.

(2) Ibidem. pp. 153-154.

Dentro de los datos disponibles, basta señalar que la avitaminosis y otras deficiencias, ocupó el 5º lugar entre las principales causas de mortalidad en niños de uno a cuatro años de edad en la República Mexicana en 1966 y en el año 1970 ocupó el 7º lugar de las principales causas de mortalidad en menores de 15 años. (3)

Por lo anteriormente mencionado, se considera que el presente Proceso de Atención de Enfermería resulta de vital importancia en virtud de que la desnutrición de III grado es serio problema de alimentación y utilización de los recursos alimentarios disponibles.

CAMPO DE LA INVESTIGACION

El estudio se llevará a cabo en el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; tomando como caso clínico a un paciente con desnutrición de III grado, internado en el servicio de pediatría.

(3) Ibidem. pp. 153-154.

I. MARCO TEORICO

I.1 Factores de crecimiento y desarrollo del ser humano.

Las medidas corporales y los rasgos sobresalientes constituyen el mejor y más práctico medio para evaluar la salud del niño, porque el crecimiento físico y el orden del desarrollo se apegan a un patrón relativamente uniforme y claramente definido. Por lo general, el crecimiento y el desarrollo progresan en la forma esperada sólo cuando las funciones del individuo se integran perfectamente en un todo operante. La falta de conformación del individuo al patrón humano previsto es completamente inespecífico en términos de causa ya que es el resultado de desnutrición, deficiencia genética, desadaptación psíquica, enfermedad prolongada u otras numerosas causas.

El conocimiento del crecimiento y desarrollo es de importancia práctica en relación con el niño enfermo. Las enfermedades tienden a producir mayor impacto, conduciendo a mayor alteración permanente cuando ocurren durante períodos de desarrollo y crecimiento rápidos que cuando ocurren durante intervalos de crecimiento más lentos. Por ejemplo, la falta de crecimiento de los huesos largos de una pierna durante un período de varios meses, debido a osteomielitis o al uso prolongado de una férula, es de consecuencias menos definitivas para la alineación de la espina dorsal del paciente, antes de la adolescencia, que en pleno crecimiento del adolescente. (4)

El desarrollo y el crecimiento son procesos dinámicos, continuos, que ocurren desde la concepción hasta la madurez y que tienen lugar en una secuencia ordenada que es aproximadamente igual para todos los individuos. No obstante, a cualquier edad, en los niños normales se encuentran variaciones que reflejan las respuestas de un individuo en crecimiento ante innumerables factores hereditarios y ambientales.

Crecimiento

El cuerpo como un todo y sus diversos tejidos y órganos tienen patrones característicos de crecimiento que son esencialmente los mismos para todos los individuos. Desarrollo significa maduración de órganos y los sistemas, adquisición de habilidades, capacidad de adaptarse más fácilmente al stress y capacidad de aceptar la máxima responsabilidad y alcanza la libertad en la expresión creativa. El crecimiento denota un cambio de tamaño, que es resultante de un aumento en el número o tamaño de las células del organismo.

Numerosos factores extrínsecos e intrínsecos influyen sobre la tasa de crecimiento total y en el crecimiento de diversos sistemas orgánicos. Algunos de los factores extrínsecos más importantes son el estado nutricional, el clima, la época, la enfermedad y la actividad.

1.1.1 Factores metabólicos

. Neonatal

a) Habitualmente, los primogénitos son menores que los niños sub-

siguientes.

- b) Al nacer, los niños son ligeramente superiores a las niñas tanto en estatura como en peso.
- c) En el nacimiento, el cociente del segmento inferior al superior del cuerpo (medidos desde el pubis es aproximadamente de 1 entre 6 y a partir de entonces las piernas crecen con mayor rapidez que el tronco.

Niñez

La altura aumenta a una velocidad que va declinando lentamente hasta la aparición de la pubertad, época en que ocurre un gran aumento en la talla. Los cambios de estatura son más lentos para responder a factores perjudiciales para el crecimiento que los cambios de peso.

- a) La altura del recién nacido se duplica aproximadamente a los cuatro años y se triplica a los 13.
- b) El niño promedio crece poco más o menos 50 centímetros en los 9 meses anteriores al nacimiento, 25 centímetros en el primer año de vida, 12.7 en el segundo, 8 a 10 en el tercero y aproximadamente de 5.1 a 7.6 cada año siguiente, hasta que se presenta la aceleración del crecimiento de la pubertad.
- c) A los 3 años de edad, el punto medio de altura es el ombligo, mientras que en el adulto se encuentra ligeramente abajo de la sínfisis del pubis.

- d) A los 3 años, el niño mide 91 centímetros de altura, y a los 4 años, un metro. El niño promedio pesa 15 kilogramos a la edad de 3 años y medio.
- e) Las piernas y los pies crecen más rápidamente que el tronco durante la infancia. En los primeros 2 ó 3 años, los pies son planos y hay un inconveniente hacia dentro de las piernas, desde la rodilla hasta el tobillo.

Frecuentemente los pies están torcidos hacia adentro ("pies de pichón"), que se debe a torsión interna de la tibia o a una deformidad vara de la cara medial de la parte anterior del pie.

- f) Durante el primer año de vida, los niños crecen más aprisa que las niñas. (5)
- g) Después del primer año y hasta el noveno, los niños y las niñas crecen aproximadamente con la misma tasa.

. Pubertad

- a) Aunque los niños atraviesan la fase de crecimiento acelerado asociada con la adolescencia a diferentes edades cronológicas, el patrón o el orden de sucesión del crecimiento del adolescente tiende a ser semejante en todos los individuos.
- b) Los adolescentes que tienen una pubertad precoz son más altos al principio de la adolescencia, pero presentan una cesa-

ción más pronta del crecimiento y alcanzan menor estatura como adultos que aquellos individuos en quienes aparece más tarde de la pubertad.

- c) En el período siguiente a la menarquía, la joven promedio crece aproximadamente 7.6 centímetros, pero también es posible que crezca desde menos de 2.5 cm. hasta 17.8 cm.
- d) Aquellos niños cuya altura está en la mediana a la edad de 2 años es probable que cuando adultos tengan el doble de talla que tenían en dicha edad.

1.1.2 Factores ambientales

- Los niños de los grupos socioeconómicos bajo e intermedio en esta generación son notablemente más altos que los de las generaciones anteriores.
- Los niños de grupos socioeconómicos elevados son más altos que los de las esferas socioeconómicas inferiores en la misma zona.
- Los aumentos de estatura son máximos en la primavera y mínimos en el otoño. El crecimiento de los niños bien nutridos sufre menos el efecto de las estaciones que el de niños mal nutridos. No se conoce el mecanismo de los factores estacionales que afecta el crecimiento.
- El peso corporal constituye el mejor índice de nutrición y crecimiento.

to, pues las variaciones se observan primero en el peso que en otros aspectos del mismo. El mayor aumento de peso ocurre en el otoño y el menor en la primavera.

PESO

El incremento en el peso es aproximadamente de 30 gr. al día, durante los primeros meses de vida entre los 3 y los 12 meses de edad, el peso del niño en kilogramos es igual a su edad más 11 multiplicados por 0.454.

El peso al nacer se duplica entre el cuarto y quinto mes de vida, se triplica al final del primer año de vida y se cuadriplica al término del segundo año de vida. Entre los 2 y los 9 años de vida, el incremento anual en el peso oscila alrededor de 2 kilogramos al año.

CABEZA Y CRANEO

El encéfalo crece muy rápidamente en la infancia y después, relativamente menos; por eso en el nacimiento, la cabeza representa la cuarta parte de la altura del niño.

Las suturas craneales no se osifican completamente hasta que el individuo llega a adulto. Mientras que los promedios de la circunferencia de la cabeza y del pecho son casi iguales durante los primeros 4 años de vida, es posible que normalmente la circunferencia cefálica sea

hasta cinco centímetros mayor, hasta 7 centímetros menor que la circunferencia torácica.

SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso central representa la cuarta parte del peso total del cuerpo en el segundo mes de vida fetal, la décima parte en el nacimiento, la vigésima a los 5 años y solamente la quincuagésima en la madurez completa.

MIELINIZACION

Se inicia en el cuarto mes de vida fetal primero es evidente en las vías espinales ventrales y dorsales. La corteza cerebral y el tálamo son los últimos que se mielinizan. La mielinización de la médula espinal procede en dirección cefalocaudal.

Al nacer, los nervios craneales, con excepción del óptico y el olfativo, están ya mielinizados. Para entonces el sistema nervioso autónomo ya está maduro y algunos de los nervios espinales segmentarios son funcionales, maduros y están completamente mielinizados.

El tallo encefálico, las vías que van a la corteza y algunas de las configuraciones más finas de la corteza cerebral así como las vías nerviosas que la conectan con centros inferiores, están inmaduros y es pro-

bable que no estén del todo mielinizados, existe mínima función cortical; las funciones aparecen primordialmente a nivel subcortical.

Las fibras eferentes que van a los músculos voluntarios empiezan a mielinizarse poco después del nacimiento.

La mielinización de la médula espinal, del tallo cerebral y la corteza no se completa cuando menos durante 2 años. (6)

REFLEJOS

Al momento de nacer, están presentes el reflejo de la tos, de Moro, de la marcha rotuliano y de agarre, el de Babinski se presenta raramente en el recién nacido, pero aparece un poco después y persiste durante un año o más. A los seis meses de edad ya se encuentran todos los reflejos superficiales.

APARATO RESPIRATORIO

La frecuencia respiratoria desciende continuamente durante la niñez, es de 30 por minuto durante el primer año, 25 por minuto durante el segundo, 20 por minuto durante el octavo y 18 por minuto a los 15 años de edad, conforme el niño adquiere más edad, disminuye la cantidad de oxígeno en el aire respirado y la cantidad de CO₂ aumenta.

(6) Ibidem p. 17

SENOS

Los senos maxilares y etmoides existen ya al nacer el niño, pero habitualmente no están aireados ni se pueden observar por medio de un examen radiológico, cuando menos durante los primeros 6 meses, los esfinoidales no son visibles hasta después del tercer año, por lo general las frontales se hacen visibles en la radiografías entre los 3 y 9 años de edad.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

La frecuencia cardíaca disminuye constantemente durante la niñez, pro mediando 150 latidos por minuto durante la vida fetal, 130 en el nacimiento, 105 en el segundo año de vida, 90 en el cuarto, 80 en el sexto y 70 en el décimo.

Durante la niñez, los ruidos cardíacos tienen tono más elevado, duración más corta y mayor intensidad que en épocas posteriores de la vida, habitualmente, el segundo ruido pulmonar es más fuerte que el aórtico. Son comunes los soplos "funcionales" inofensivos durante la primera infancia y se ha informado que ocurren en 50% de los niños en algún momento de su infancia, habiendo la máxima frecuencia entre los seis y los nueve años de edad.

VOLUMEN SANGUINEO

Es de 75 - 100 ml./Kg. en lactantes.

SISTEMA DIGESTIVO

A los 3 meses de edad, ya está presente la amilasa en cantidades significativas en el jugo pancreático, la actividad de la lipasa es baja durante el inicio de la niñez, la tripsina, por el contrario, tiene una actividad conveniente desde el nacimiento, excepto en los niños prematuros.

Los cuerpos cetónicos no se forman en el hígado del lactante tan fácilmente como en los niños de mayor edad.

La acidez del jugo gástrico es baja durante la lactancia y aumenta durante la niñez, con un notable incremento en la adolescencia, es mayor en los niños que en las niñas.

El alimento atraviesa el estómago con una mayor rapidez en el lactante que en niños mayores. La digestión de proteínas es menos completa en el estómago del lactante que en el de cualquier niño de mayor edad.

La capacidad gástrica es de 30 - 90 ml. en el nacimiento, de 90 - 150 ml. al mes de edad, de 210 - 360 ml. al año de edad, 500 ml. a los dos años y de 750 - 900 ml. después de dicha edad.

APARATO URINARIO

Es probable que persista la inmadurez renal durante varios meses después del nacimiento; durante el segundo año de la vida la estructura histoló-

gica del riñón llega a ser plenamente madura. Normalmente pueden aparecer glucosa y albúmina en la orina.

En los primeros 6 meses el lactante secreta de 400 a 500 ml. por día, hay un aumento gradual y entre los 5 y 8 años de edad secretan de 700 a 1000 ml. por día.

La creatinina es excretada por el lactante en gran cantidad y en menor grado por los niños hasta que llegan a la pubertad, aumenta durante el período de crecimiento y es la cantidad directamente proporcional al desarrollo de la musculatura corporal.

TEMPERATURA CORPORAL

La temperatura del cuerpo durante la infancia es normalmente de 37.3° C. en el primer año, 37.5° C. al cuarto año.

METABOLISMO BASAL

El metabolismo basal alcanza su valor máximo en el lactante y disminuye continuamente durante el resto de la vida, es más elevado en los hombres que en las mujeres. (7)

1.1.3 Desarrollo

El desarrollo es un proceso continuo que empieza en la concepción y continúa con un curso en sucesión ordenada hasta la muerte, esto no procede a una velocidad constante, sino con brotes de progreso rápido interrumpidos por mesetas de reposo.

El proceso evolutivo tiene lugar en dirección cefalocaudal: el control de la cabeza precede al de los brazos y ambos son anteriores al control de las piernas.

El desarrollo de las extremidades progresa en dirección proximodistal: el dominio de los brazos y las piernas ocurre antes que el de las muñecas, las manos, los pies y los dedos.

También se realiza de lo masivo a lo específico. Inicialmente, un lactante mueve todo su cuerpo al ver un juguete a mayor edad, estira una mano para tomarlo.

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL DESARROLLO

Existen "períodos críticos" del desarrollo, en esas épocas, la interferencia con el curso normal del desarrollo origina deficiencias a largo plazo. Así como la rubeola, durante el primer trimestre del embarazo, provoca anomalías congénitas, también el cretismo, la fenilcetonuria, la galactosemia y la desnutrición, que dan lugar a pro-

blemas del desarrollo. (8)

Las carencias de tipo emocional y psicológico a edad temprana causan alteraciones a la personalidad. La falta de estimulación adecuada en períodos críticos puede ocasionar defectos neurológicos, por ejemplo, las personas privadas de estímulos luminosos y sonoros pueden presentar alucinaciones temporales y cambiar electroencefalográficos. En el patrón de desarrollo influyen determinantes genéticos, como cuando varios miembros de una familia tienen retraso en el desarrollo del lenguaje. Los factores genéticos causan sistemas enzimáticos defectuosos que dan lugar a errores congénitos del metabolismo.

Mientras los factores biológicos determinan la amplitud de la variación, los factores ambientales median el efecto de los déficits biológicos. Por ejemplo, un niño genéticamente destinado a padecer cretinismo, se protege del daño cerebral consiguiente por medio de una terapia sustitutiva tiroidea adecuada.

Las influencias ambientales también afectan la motivación, la curiosidad y la capacidad de aprendizaje. Varios estudios demuestran que las diferencias en la rapidez del desarrollo debidas a los distintos medios socioeconómicos, pueden no manifestarse hasta los 24 meses de edad y a partir de ahí, hacerse más notorias con la edad.

(8) Ibidem p. 11

DESARROLLO DE LOS MOVIMIENTOS MOTORES

Si bien la práctica de movimientos motores tiene una ligera influencia sobre la velocidad del desarrollo, la maduración por lo general tiene un papel mucho mayor. El niño recién nacido puede realizar algunos movimientos motores principalmente de tipo reflejo.

El desarrollo motor que involucra las manos tiende a presentarse a lo largo de un curso ordenado y definido de sucesiones. Primero el niño mira a partir de su mano hacia el objeto. Después, intenta tomar objetos con ambas manos. Lo primero que se aprende es la sujeción de objetos con la mano, utilizando primero el lado ulnar de la mano y luego el lado radial.

Al paso del tiempo se llega a dominar la sujeción con el dedo índice y pulgar.

DESARROLLO DEL HABLA Y EL LENGUAJE

El desarrollo normal del habla y el lenguaje en el niño de 3 años, respecto al habla es común cierto grado de duda y de incertidumbre, maneja aproximadamente 900 palabras, articula frases de 4 palabras ininteligibles.

TRASTORNOS DEL HABLA Y EL LENGUAJE

Los problemas del lenguaje se pueden detectar dentro de los primeros años de vida, y se deberá descubrir y dar tratamiento antes de la edad escolar.

1. Retardo en el desarrollo del lenguaje.

Si un niño no ha emitido palabras alrededor de los 2 1/2 años de edad, se considera que tiene retardo importante en el lenguaje, a continuación se enumeran las principales causas de este problema.

- Pérdida en la audición o hipoacusia
- Disfunción del sistema nervioso central
- Privación materna
- Autismo infantil
- Mutismo electivo
- Fondo social desventajoso
- Retardo familiar.
- Histidinemia
- Gemelos
- Bilingües

DEFECTOS DE LA VOZ (DISFONIA)

La pérdida o alteración de la cualidad y el volumen de la voz son de

bidos a un tono e intensidad excesivos. Aunque es un proceso general, puede evolucionar en un padecimiento orgánico con la formación de módulos en las cuerdas vocales. También se debe a defectos estructurales (por ejemplo, papiloma de la laringe).

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION

Los errores de articulación fonética pueden ser debidos a omisiones, distorsiones, substituciones, adiciones o una combinación de éstos.

Causas de los trastornos de la articulación:

- Fisiológicos y anatómicos
- Factores ambientales

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El desarrollo de la personalidad es un proceso dinámico y ningún sumario puede proporcionar una imagen completa de lo que tiene lugar. La meta del individuo, como niño y como adulto, es estar en posibilidad de trabajar, jugar, resolver sus problemas personales, amar y ser amado de una manera creativa, aceptable socialmente y satisfactoria para su persona.

El desarrollo de la personalidad es un proceso complicado que abarca todos los aspectos del individuo y su ambiente. Dicho proceso varía de un niño a otro, pero en conjunto, todos los niños atraviesan las

diversas fases del desarrollo cuyos detalles difieren aunque los linea
mientos generales son esencialmente los mismos. (9)

Cada una de las etapas sucesivas del desarrollo se caracterizan por algunos problemas definidos que el niño tiene que resolver para pro
ceder con confianza a lo siguiente. Se alcanzará el grado más ele
vado de armonía funcional cuando los problemas de cada etapa se
afronten y se resuelvan de manera ordenada y en un orden de suce-
sión normal. Por otra parte, es conveniente recordar que los avan
ces sucesivos de la personalidad que el niño logra, no quedan rígida-
mente establecidos de una vez por todas, sino que se pueden refor-
zar o debilitar durante todo el resto de la vida del individuo.

Aun en la edad adulta es posible alcanzar una personalidad razona-
blemente sana, a pesar de algunos defectos y contratiempos previos
en el orden de sucesión evolutivo.

Al considerar el desarrollo psicológico es importante recordar que
ocurre dentro de un medio cultural.

No solamente la forma de las principales instituciones sociales, sino
también la estructura de la vida familiar, las actitudes de los pro-
genitores y sus prácticas en la crianza de los hijos, estarán condi-
cionados por la cultura de un período determinado.

(9) Ibidem p. 40

El desarrollo psicológico en la niñez se divide en 5 etapas:

- Lactancia (del nacimiento a los 18 meses)
- Primera infancia (de los 18 meses a los 5 años)
- Segunda infancia (5 a los 12 años)
- Adolescencia (de los 12 a los 16 años)
- Juventud (de los 16 años a la madurez).

PRIMERA INFANCIA

En esta etapa continúa ampliándose el horizonte del niño. El incremento del dominio de su cuerpo es seguido por el desarrollo de muchas habilidades físicas. El desarrollo del habla, que es muy importante, permite la extensión del ambiente social y la creciente capacidad de comprender y perfeccionar las soluciones sociales.

No obstante, el problema principal de la primera infancia sigue siendo, tal vez el desarrollo del dominio de los impulsos instintivos, especialmente cuando surgen en las relaciones con los progenitores.

La aceptación de limitaciones en la necesidad de amor corporal y el dominio de los sentimientos agresivos, constituyen los principales ejemplos. El dominio de los sentimientos primitivos se consigue primordialmente por medio del proceso psicológico de "identificación" con los padres que es el deseo que siente el niño de ser como ellos y emularlos, con dicho deseo, aparecen los principios de la

conciencia, a medida que los valores morales de los padres se incorporan en la propia personalidad del niño.

El niño empieza a tener una sensación de autonomía, de autodirección y de iniciativa. De los 18 meses a los dos años y medio de edad, el niño va aprendiendo activamente a ejercer el poder de afirmar y negar. La dificultad que el niño de dos años tiene para decidir entre una y otra cosa provoca frecuentes disgustos con los padres; el niño puede decir "no, cuando realmente pretende contestar sí". Es como si se viera obligado a ejercitar su nueva voluntad aún en contra de lo que juzga conveniente.

En este período, la "disciplina" paterna se vuelve muy importante. La disciplina es un medio educativo, por medio del cual enseña el padre a su hijo la forma de llegar a ser un adulto digno, agradable y responsable socialmente. Las medidas disciplinarias tienen valor cuando sirven fundamentalmente para esa función educativa: si se utilizan como un fin, con el objeto de establecer la "autoridad" del padre, sin tomar en cuenta la situación del momento, sólo provocan habitualmente una lucha (franca o disimulada) entre el padre y el niño.

La meta consiste en permitir al niño que desarrolle un sentimiento de responsabilidad personal sin hacer a un lado la ayuda y los consejos de los demás en los asuntos importantes. El resultado favo-

able es el autocontrol sin pérdida de la autoestimación. Los adultos deben brindar a los niños una creciente variedad de elecciones de experiencias para las cuales ya están listos. Sin embargo también deben enseñarles a ser capaces de aceptar restricciones cuando sea necesario.

La disciplina se debe inculcar con firmeza y uniformidad para proteger al niño de las consecuencias de los juicios inmaduros. Quizá la regla más constructiva que puede seguir un padre, es decidir que clase de avenencias son realmente importantes e insistir entonces en la obediencia de estos aspectos. Por lo tanto, la "disciplina" persigue la meta positiva de hacer del niño un individuo sociable que pueda vivir cómodamente en la sociedad sin sentir culpa acerca de sus impulsos básicos, sin embargo, se debe inculcar de tal forma que no reprima las necesidades naturales y sanas de cierta expresión de independencia.(10)

1.2 Epidemiología de la Desnutrición de III Grado.

La desnutrición

Es un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo de los nutrientes esenciales; que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas de acuerdo a factores ecológicos y

(10) Ibidem p. 41

que reviste diversos grados de intensidad. (11)

Desnutrición o estado deficiente de la nutrición, expresa todas las condiciones patológicas en la que existe un déficit de la ingestión, absorción o aprovechamiento de los elementos nutrientes (alimentos), o una situación de consumo o pérdidas exageradas de calorías. (12)

La Desnutrición Protéico-calórica

Es la designación colectiva que abarca una amplia gama de trastornos nutricionales de gravedad variable, que van desde el síndrome de deficiencia protéica conocido como Kwashiorkor en un extremo, hasta el marasmo nutricional en otro. (13)

Desnutrición Protéinico-calórica

Se refiere a la desnutrición generalizada que afecta principalmente a niños de países en desarrollo. En general, se considera que es un padecimiento que incluye una amplia gama de enfermedades y cuyas formas graves se manifiestan clínicamente como marasmo y kwashiorkor. (14)

(11) Picazo Eduardo op.cit p.154

(12) Valenzuela Rogelio. Manual de Pediatría. p. 526

(13) Harrison. Medicina Interna. p. 526

(14) Mc Larer Donald S. Alteraciones Nutricionales. Manual Moderno. p. 115

Factores que determinan el estado de nutrición

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 del patrón cultural de la comunidad en la cual vive.

Los factores que determinan el estado de nutrición son:

- Disponibilidad de alimento

A nivel comunal es el resultado de:

- Producción
- Importación
- Exportación
- Merma

En la cual participan las posibilidades de transporte y almacenamiento.

- Factores que determinan el consumo del alimento

- Sociales
- Patrón cultural
 - + Distribución del alimento en el seno de la familia
 - + Tabúes alimentarios
- Ingreso económico (valor adquisitivo de la moneda)
- Psicológicos

- Factores que condicionan el aprovechamiento del alimento:
 - Momento metabólico: normal, patológico
 - Factores neuroendócrinos
 - Factores genéticos
 - Estado previo de nutrición

1.2.1 Etiología

Las células del organismo reciben los nutrientes necesarios de los alimentos que se consumen; cuando el aporte disminuye o se suprime, se utilizan reservas; si ello persiste entra en balance negativo de materia y por ende, de energía.

Clasificación

Por su etiología la desnutrición se clasifica en:

Desnutrición Primaria. Es aquella cuyo origen es el aporte insuficiente de nutrientes.

Desnutrición Secundaria. Es cuando el alimento consumido no es debidamente utilizado por el organismo por situaciones anormales pre-existentes, que de acuerdo con Jellife se agrupan en:

Interferencia en la ingestión.

Aumento anormal de los requerimientos.

Deficiencia en la absorción.

Trastornos en la utilización.

Aumento en la excreción.

Aumento de la destrucción.

Desnutrición Mixta. Es aquella en la que concurren en su génesis las causas primaria y secundaria; es la más frecuente ya que comúnmente los factores que condicionan la desnutrición primaria son a su vez acompañantes o desencadenantes de la desnutrición secundaria.

En cuanto a su "intensidad" de acuerdo al peso corporal se acepta la clasificación de Gómez, que tiene valor pronóstico, a mayor intensidad mayor gravedad.

Déficit del peso en relación al teórico ideal para la edad.

Desnutrición de I grado:	10 al 24 %
Desnutrición de II grado:	25 al 39 %
Desnutrición de III grado:	40 ó más % (15)

Por el tiempo de evolución, la desnutrición se clasifica en:

Aguda

Subaguda

Crónica

(15) Picazo Eduardo. op.cit p. 157

Aunque no se tienen límites en cuanto al tiempo de evolución, ésta tiene un valor pronóstico, ya que cuando la deprivación de nutrientes se instala en forma aguda, impide que el organismo emplee los mecanismos de adaptación que le permiten vivir esta situación. Si es tratada oportunamente, cederá con cierta facilidad y no dejará secuelas.

La forma subaguda, de instalación menos rápida, también es de recuperación más lenta y la mayoría de los daños son reversibles, aunque influye en el crecimiento y desarrollo.

La desnutrición crónica, es habitualmente de larga evolución y por lo tanto requiere mayor tiempo para su recuperación; la mayoría de las veces ésta no es completa ya que se ha "perdido el momento biológico". Este tipo de desnutrición habitualmente se presenta en la llamada desnutrición calórico protéica, en la cual la deficiencia de nutrientes es básicamente de proteínas de alto valor biológico y afecta esencialmente el crecimiento y desarrollo.

Patogenia

En la desnutrición, bajo muy diversas circunstancias se pierde la armonía de las proporciones del complejo nutricional.

Las leyes de la alimentación señalan que ésta es energéticamente

suficiente, completa en sus diferentes componentes, equilibrada, bacteriológicamente pura y adecuada; cuando éstas no se cumplen, el impulso del crecimiento se ve afectado.

Cuando la carencia se prolonga, el organismo utiliza las reservas de grasa, se origina así un mayor o menor grado de cetoacidosis, para pasar posteriormente a la destrucción de las proteínas con el indispensable esfuerzo renal, balance negativo de nitrógeno y de potasio y así del resto de los nutrientes.

La expresión clínica de la carencia es inespecífica y está condicionada por jerarquía de requerimientos; por lo tanto, variará de acuerdo a la edad del paciente, tejido, órgano o función afectados en relación a la urgencia bioquímica metabólica o funcional, de lo que dependerá a su vez la expresión del mecanismo de adaptación, con intensidad y duración variables. De tales prioridades son clásico ejemplo las pocas alteraciones cerebrales y suprarrenales en la desnutrición crónica; en cambio, son frecuentes y rápidas las alteraciones de la piel y músculos, excepto el cardíaco.

Manifestaciones Clínicas

Es multifactorial su origen, la desnutrición es inespecífica y sistémica; sus manifestaciones clínicas variables en intensidad y en expresión.

1.2.2 Sintomatología y Diagnóstico

Los síntomas y signos de la desnutrición pueden clasificarse en:

- I. Signos universales
- II. Signos circunstanciales
- III. Signos agregados

Signos Universales

Están siempre presentes en la desnutrición en forma variable, independientemente de la forma clínica, grado, conicidad y etiología. Unifican y caracterizan esencialmente el tratamiento. Clásicamente se les ha considerado como:

Dilución:	modificaciones homeostáticas
Hipofunción:	modificaciones funcionales
Atrofia:	modificaciones anatómicas.

Los dos primeros signos son básicamente de apreciación por medio de exámenes de laboratorio y los últimos fácilmente apreciables por la clínica.

Dilución es el signo más universal; se ha demostrado que si el agua en el niño bien nutrido representa el 78% del peso (libre de grasa), en los desnutridos las cifras varían del 81 al 87%. (16)

(16) Ibidem. P. 161

Distribución en los diferentes compartimientos:

Extracelular. Es el compartimiento más afectado y en proporción directa con la pérdida de peso; cuanto más intensa sea ésta, más aumenta el espacio extracelular.

Intracelular. En el músculo y piel del desnutrido existe un exceso de agua, más aparente en el edematoso y presente aún durante la "deshidratación".

Intravascular. El cuadro se caracteriza por hipoosmolaridad, hiponatremia, niveles bajos o normales de K en sangre, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hipocloremia relativa o hipercloremia cuando existe carencia de potasio; el magnesio, zinc y fósforo, así mismo bajos, lo cual está importantemente relacionado con la edad, dieta y depleción de proteínas.

Electrolitos extracelulares. Existe descenso en las cifras de potasio, magnesio y fósforo con elevación de sodio y cloro.

Proteínas Sanguíneas. La concentración de proteínas en el plasma depende en última instancia del balance de síntesis-distribución-pérdidas, bien sean éstas por catabolismo o por eliminación.

En el desnutrido la disproteinemia se caracteriza por hipoalbuminemia (aporte insuficiente y deficiente síntesis).

Las alteraciones de las proteínas plasmáticas variarán de acuerdo con la intensidad de la desnutrición, así como con la cronicidad de la misma, los niveles bajos se encuentran en los desnutridos edematosos, especialmente en los preescolares en los que el déficit llega al 50%, con niveles de uno o dos gramos por 100 ml. (kwashiorkor). El descenso es menor en el lactante, que sufre la variedad marasmática, situación que está supeditada a la cronicidad e intensidad del proceso (balance negativo de nitrógeno) además de la dilución, que aumenta en presencia de infección.

Alfaglobulinas. Se encuentran disminuidas en los edematosos y los niveles son más bajos a mayor edad; se elevan más rápidamente al inicio de la recuperación en comparación a la albúmina y cuando ésta se normaliza, aquéllas descienden hasta llegar a la normalidad.

Betaglobulinas. Sus niveles son bajos independientemente de que exista edema o del tipo, la intensidad o cronicidad de la desnutrición.

Gammaglobulinas. En el niño normal se elevan a cifras mayores de 1 g. por 100 ml. en el primer año y a 1.5 por 100 ml. después de los cuatro años. En presencia de infección en el desnutrido esta cifra puede elevarse, lo que traduce la prioridad de funciones ("adaptación"), con detrimento de la síntesis de otras proteínas lo que desencadena el edema en un momento dado. La recuperación de la al

búmina es lenta en tanto la infección no sea controlada. Durante la recuperación hay nuevo incremento, que persiste por dos o tres meses.

Globulinas totales. Las cifras son bajas en todos los tipos de desnutrición; sobre todo cuando hay edema.

Proteínas totales. En los niños severamente desnutridos las proteínas se encuentran bajas, en mayor grado en el edematoso (kwashiorkor) y en menor grado en los marasmáticos, con variaciones similares a las de las globulinas.

Hipofunción. Pueden observarse alteraciones funcionales a todos los niveles, ciertamente que no se pueden separar de las lesiones anatómicas, ni ignorar que la deficiencia de proteínas influirá en la función ya que éstas entran en la constitución de las enzimas y de los componentes tisulares.

En el aparato digestivo la desnutrición provoca el aplanamiento de las velocidades intestinales lo que disminuye importantemente la superficie; con ello la disminución del número de células capaces de efectuar la síntesis de enzimas, lo que aunado a la dificultad en la incorporación del DNA (ácido desoxirribonucleico) en las células epiteliales intestinales, explica la deficiencia en la capacidad para la utilización de los nutrientes aportados y origina el síndrome de mala absorción.

Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono. Las alteraciones tisulares y enzimáticas de la pared intestinal conducen a una inadecuada utilización de la dieta, lo que puede llevar a la hipoglicemia, la cual aumenta durante los procesos infecciosos, que exigen una mayor demanda de energía.

Trastornos en el metabolismo de los lípidos. En la desnutrición existe deficiente utilización de las grasas, con disminución de su absorción la que llega hasta 48% de la grasa ingerida. La deficiente absorción se traduce por esteatorrea y está condicionada por la dificultad del paso de los quilomicrones a la linfa, por la saturación de las células de la pared intestinal. Como el transporte de la grasa se hace en unión de proteínas (lipoproteínas) el déficit de proteínas origina la acumulación de grasas.

La utilización de los triglicéridos depende la longitud de su cadena y de los ácidos grasos que los componen; los de cadena corta pasan directamente a la sangre para ser distribuidos posteriormente por el hígado. La mezcla de 40% de ácidos grasos de cadena corta con 60% de cadena larga han dado ganancias de peso óptimas en el tratamiento de los desnutridos.

Las grasas son componentes básicos de múltiples estructuras, entre ellas la membrana celular, enzimas y tejidos. Caracterizan al desnutrido los niveles bajos de colesterol, de fosfolípidos y

la relación muy baja entre el colesterol esterificado y el libre.

Trastornos del metabolismo de las proteínas. El niño desnutrido utiliza bien las proteínas de origen animal a pesar de que haya diarrea y del contenido bajo de tripsina del líquido duodenal, así como la reutilización de los aminoácidos liberados por el catabolismo tisular.

Alteraciones funcionales metabólicas. La formación de anticuerpos, que son fundamentalmente proteínas, se encuentra disminuída, no en su elaboración por la células, sino por la reducción del número de células formadoras; sin embargo, se hace hincapié en la jerarquía de esta función ya que el desnutrido tiene niveles buenos o superiores de gammaglobulinas y lo que es más, en presencia de infección la síntesis de anticuerpos se eleva importantemente aunque bajan los niveles de albúmina, lo que explica la instalación brusca del edema en el desnutrido infectado.

Trastornos en el metabolismo de las vitaminas y sales minerales. Si hay deficiencia es la absorción y utilización de las grasas, proteínas e hidratos de carbono, es de esperar las mismas alteraciones en el resto del complejo nutricional. Así, la deficiente absorción de las grasas implica disminución de la absorción de las vitaminas liposolubles lo que origina ceguera nocturna, xeroftalmía, desmineralización ósea, hipoprotobinemia, ...; asimismo, la deficiente

absorción de las vitaminas hidrosolubles condiciona anemia, polineuritis, pelagra, neutropenia, ...

De igual modo, disminuyen la absorción y utilización de las sales minerales, por ejemplo al disminuir la superficie de absorción del intestino, el hierro es deficientemente absorbido y esto influye en el tamaño y número de las vellocidades intestinales cerrando el círculo vicioso de la carencia.

Atrofia. Las alteraciones funcionales y anatómicas (tisulares) son de mayor intensidad en cuanto la desnutrición aumenta en grado y en cronicidad. Se ha hecho mención de la jerarquía de valores; el cerebro y las suprarrenales son los tejidos menos afectados en contraste con la piel, faneras y el tejido muscular que son los más severamente afectados; así, hay descenso del peso por baja del contenido de grasa y disminución de la masa muscular; primero son afectados los miembros, en especial los superiores y después los inferiores; disminuye más el peso que la talla lo que indica la disarmonía de las manifestaciones de la desnutrición; ello depende entre otras causas, del "momento biológico" en el cual se instale la desnutrición.

Signos Circunstanciales

"Son debidos a circunstancias ambientales o ecológicas; no siempre están presentes y son la expresión exagerada o modificada de algunas

de las manifestaciones universales. Su presencia facilita el diagnóstico de la desnutrición; no son específicos ni patognómicos. Tienen valor pronóstico y pueden condicionar variaciones en el tratamiento".

Alteraciones de la piel y faneras. Son más frecuentes en el kwashiorkor y las más notables son: piel fría, seca, xerósica, con hiperqueratosis folicular, ictiosiforme, lesiones pelagrosas que son más evidentes en el preescolar y en los sitios de irritación (por las heces, tela adhesiva, lociones, ...) a veces con infección agregada; púrpura, cianosis, piel marimórea, telangiectasias, gangrena, escaras, edema o anasarca, pelo ralo, seco quebradizo de muñeca, hipopigmentado, fácilmente desprendible.

Las uñas, distróficas, dejan de crecer; al recuperarse se observa el surco transversal entre la uña distrófica y la normal.

Lesiones Oculares. Edema y enrojecimiento conjuntival, blefaritis, manchas ecuatoriales hiperpigmentadas, úlceras corneales, estafiloma, tisis bulbar y leucoma residual, ...

Alteraciones en Boca y Lengua. Atrofia de las papilas y alteraciones de la coloración: pálida (por anemia) o rojo magenta o lengua pseudofisurada; fisuras comisurales.

Lesiones Oseas. Retraso de la edad ósea, de acuerdo al retardo del desarrollo; por lo tanto, observable en las formas crónicas en

especial en los preescolares y no después de los 14 años en mujeres y 16 años en el hombre; siempre de menor severidad que en otros procesos patológicos tales como el hipotiroidismo. En todos los casos existe osteoporosis fina y en ocasiones, líneas de detención del crecimiento.

Músculos y Ligamentos. Existe hipotrofia e hipotonía de las masas musculares, lo que aunado al déficit de grasa permite el fácil relieve de las eminencias óseas, en especial en el lactante e indican el tipo o la variedad de la desnutrición. Las asas intestinales se dibujan fácilmente bajo la delgada capa muscular abdominal, lo que asociado a la disminución del tono, llega a simular íleo paralítico; en otras ocasiones, en los miembros, puede haber neuritis con abolición de los reflejos y simular parálisis; acortamiento de fascias por inmovilización y defectos posturales.

Aparato Digestivo. Se observa distensión abdominal con hipomotilidad de asas, o abdomen en batea. Hepatomegalia, preferentemente en el preescolar, secundaria a esteatosis, que se incrementa en presencia de infecciones específicas (tuberculosis, paludismo, amibiasis hepática) o inespecífica (septicemia con hepatitis bacteriana) o aumento de la infiltración de grasa preexistente. En el síndrome de recuperación nutricional la grasa es substituída por glicógeno, lo que también se manifiesta por hepatomegalia.

La capacidad lipásica, proteolítica y aminolítica están disminuidas (lo que origina esteatorrea). La disminución de lactasa condiciona diarrea ácida y lesiones dermatológicas perineales importantes.

Alteraciones Hematológicas. Existe anemia, que en general en el lactante es hipocrómica y en el preescolar y escolar es de tipo macrocítica, megaloblástica con o sin plaquetopenia lo que indica su multicausalidad. La serie blanca suele mostrar neutropenia.

Edema. Es uno de los signos circunstanciales de la desnutrición, característicamente es blando, no doloroso, pálido de predominio en extremidades y cara, con variaciones posturales (declive) y frialdad de las extremidades; su sola presencia se considera suficiente para calificar a la desnutrición de III grado, independientemente del déficit en el peso. Es más frecuente en el preescolar, en especial en la intercurencia del proceso infeccioso, también se asocia a la franca disminución de los niveles de albúmina, sin que sea éste el único factor desencadenante.

Signos Agregados

No son dados propiamente por la desnutrición, sino por los procesos asociados o desencadenantes de la misma, la mayoría infecciosos.

Entre otros, se mencionan: aumento en el número de evacuaciones, el contenido líquido, mucoso o sanguinolento de éstos; vómito; fiebre,

hipotermia o distermia; lesiones purpúricas, asociadas o no a plaquetopenia que habitualmente se presentan en el desnutrido severamente infectado y en no pocas ocasiones preceden a manifestaciones hemorrágicas de mayor severidad como parte de las coagulopatías por consumo. Cabe mencionar también las lesiones de impétigo e intertrigo que son punto de partida de infecciones generalizadas.

1.2.3 Tratamiento

El tratamiento de la desnutrición se considera a varios niveles como se muestra en el cuadro 1. A nivel individual el primer objetivo del tratamiento es la detección de la causa y por lo tanto la eliminación de la misma, para permitir la recuperación y rehabilitación.

Así en la desnutrición de primero y segundo grado, la detección oportuna permite el aporte adecuado de nutrientes y la eliminación de los factores condicionantes, lo que redundaría en el adecuado aprovechamiento de los nutrientes ofrecidos; esta etapa es manejada extra-hospitalariamente.

Al respecto se insiste en que la dieta será ofrecida para su consumo a libre demanda (*ad libitum*), el contenido de proteínas y grasas será de alto valor biológico, es decir de origen animal, el cual será mayor a menor edad; así en los menores de un año será fundamentalmente a base de leche y en el preescolar y escolar estas proteínas son en un

50% de origen vegetal. El aporte de grasas no será restringido ni aumentado.

En el desnutrido de 3er. grado, fuera del episodio agudo que condicionó su internamiento y en ausencia de vómitos, la vía oral se establece tan pronto como sea posible, iniciándola con soluciones glucosadas por una o dos tomas; tolerada ésta, se ofrece dieta láctea diluida al medio en volúmenes menores a los teóricamente correspondientes para posteriormente ofrecer la dilución normal, seguida de aumento progresivo y gradual de los volúmenes en plazos relativamente cortos; lo grado esto se ofrece dieta complementaria hasta cubrir la correspondiente a su edad biológica.

Los desnutridos y en especial aquellos que cursan con diarrea crónica, tienen deficiencia de lactosa, lo que contraindica el empleo de leche y requiere de elementos a base de harina de soya o colados de carne. Esta deficiencia es transitoria, lo que permite el empleo posterior de leche en la alimentación del niño desnutrido.

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

SINDROME DE RECUPERACION NUTRICIONAL

Previamente se mencionó que la desnutrición es un proceso sistémico que afecta a todas las células del organismo y que las alteraciones bioquímicas y funcionales que origina son potencialmente reversibles; esto se logra después de haber superado la etapa aguda y de ofrecer al organismo las cantidades adecuadas de nutrientes para obtener un balance positivo de elementos del complejo nutricio. Esta recuperación química del organismo, estos acontecimientos, han recibido el nombre de Síndrome de Recuperación Nutricional. La secuencia de este síndrome es:

Ganancia de peso. Se observa tanto en el marasmático como en el edematoso, si bien éste previamente desciende de peso por la pérdida del edema.

Hepatomegalia. Es secundaria al acumulo del glucógeno, más evidente en el edematoso que en el marasmático en quien solo rebasa de dos a tres cms. al borde costal.

Abdomen Globoso. Secundario a la hepatomegalia asociada o no a la presencia de ascitis; es más frecuente en el desnutrido edematoso.

Red Venosa colateral toráco abdominal. Tiene la misma incidencia que la hepatomegalia y el abdomen globoso en relación a la

semblanza clínica. Ocasionalmente puede presentarse esplenomegalia transitoria que habitualmente coincide con la etapa de mayor hepatomegalia.

Hiperhidrosis e hipertricosis. Se observan aproximadamente al segundo mes, la hiperhidrosis es más evidente durante el sueño y de predominio cefálico; la hipertricosis se inicia en la frente, seguida de la cintura escapular, mejillas, el dorso y los muslos. La hipertricosis se inicia en la frente, con vello fino que delimiten una "M" en la línea de implantación del cabello. El pelo habitualmente es hipopigmentado, ralo y seco, adquiere mayor firmeza, brillo y pigmentación y origina franjas de color más oscuro en la base lo que da el "signo de la bandera" o "pelo de conejo".

Aumento de las masas musculares. En las niñas es más frecuente observar mayor incremento en los muslos.

Cara de luna llena. Semejante a la observada en el síndrome de Cushing y acompañada de telangectasias que predominan en las mejillas. Estas manifestaciones clínicas se inician aproximadamente a los 15 días con un máximo de intensidad al mes y decrecen paulatinamente en un lapso aproximado de los tres meses.

Esfera motriz. El niño, que a pesar de su edad ya no era capaz de caminar, pararse o sostenerse sentado, recupera las funcio-

nes perdidas en lapsos muy cortos.

Relaciones afectivas. Si previamente rechazaba el ambiente cubriéndose la cara o efectuando movimientos monótonos (manerismos), al rechazar los alimentos que se le ofrecían, al cabo de una o dos semanas, empieza a aceptar a las personas que lo rodean para después sonreír, levantar los brazos para que se le cargue o se le dé la mano para caminar con una marcha titubeante, que al principio mucho recuerda a la marcha de "pato" de la embarazada. Del rechazo de los alimentos pasa a la bulimia, y llega a consumir más de 300 calorías por kilo de peso y por día con ganancias de peso del todo comprobables a las obtenidas en el prematuro.

Cambios bioquímicos. Las alteraciones de las proteínas séricas son las más constantes; destaca el incremento de la hipergamaglobulinemia. Las proteínas totales se normalizan aproximadamente al mes de iniciada la recuperación; aunque la albúmina no llegue a cifras normales, esto se logra posteriormente. Las alfa globulinas tienen una rápida elevación, mayor que la de albúmina, para después descender a cifras en límites inferiores normales (lo que coincide con la presencia de hepatomegalia máxima y de ascitis), para posteriormente normalizarse.

Pruebas de funcionamiento hepático. Están directamente relacionadas con la hipergamaglobulinemia, el timol se encuentra alterado, sobre todo en presencia de infección y en el síndrome de recuperación;

la prueba de cefalina colesterol se encuentra poco afectada en el desnutrido, no así si se encuentra infección agregada.

Hay varias teorías e hipótesis para explicar el síndrome de recuperación nutricional sin que ninguna de ellas explique satisfactoriamente dicho fenómeno. Parece ser la consecuencia de la ruptura de un equilibrio previamente alcanzado, con diferentes velocidades de incremento en los diversos órganos y tejidos probablemente, participación endocrina. (17)

Prevención

El medio que rodea al paciente deberá modificarse de acuerdo a las capacidades y posibilidades tanto individuales como colectivas. Con la participación del equipo de salud al actuar en forma directa sobre un grupo o colectividad o por medio de programas a nivel individual y colectivo que tienden tanto al conocimiento del origen del problema como al establecimiento de normas y procedimientos tendientes a romper dichos orígenes a través de medidas gubernamentales, institucionales e individuales que promuevan eficientemente el logro de dichas metas. Estas metas no se concretan a lograr una mejor disponibilidad, consumo y aprovechamiento de los nutrientes sino que siguiendo los niveles de prevención de Leavell y Clark, deben orientarse a lograr lo siguiente:

(17) Ibidem. p. 305

Primer nivel. Promoción general de la salud.

1. Promover la educación higiénico-nutricional de la población, para modificar hábitos inadecuados sobre higiene y alimentación, individual o general mediante el empleo de medios audiovisuales.
2. Cursos sobre nutrición y desnutrición a enfermeras, médicos y estudiantes.
3. Pláticas sobre educación higiénico-nutricional durante la espera de la consulta médica orientando a la población a que aproveche adecuadamente los recursos de que dispone.

Segundo nivel. Medidas de protección específicas.

1. Educación higiénica-nutricional a grupos familiares de niños desnutridos o con el antecedente de un niño con desnutrición.

Tercer nivel. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

El diagnóstico precoz de la desnutrición, de la etiología de la misma y de los padecimientos asociados, dependerá la sobrevivencia del paciente. En este grupo se incluye la detección de síndrome nutricional específico (raquitismo, anemia, mala absorción). El manejo hospitalario durante la etapa aguda del padecimiento debe aprovecharse para educar a la familia, permitir a la madre dar la alimentación al paciente, lo-

grar derrivar los "tabues" a diferentes alimentos y canalizarla a los "grupos de orientación nutricional".

El tratamiento y la educación para prevenir los padecimientos asociados como el sarampión, tosferina, parasitosis, tuberculosis, gastroenteritis y otros, son medidas que ayudan a la prevención o disminución de la desnutrición.

Cuarto nivel. Prevención de invalidez.

El manejo adecuado del paciente, permitirá disminuir o evitar invalidez y lograr su rehabilitación.

Quinto nivel. Rehabilitación del niño desnutrido.

Será integral e incluir a todo el núcleo familiar para evitar que persista el problema cuando el paciente es integrado al hogar.

Se modificarán en las familias, los conceptos higiénicos y dietéticos inadecuados que han condicionado la desnutrición.

El control será minucioso y prolongado tanto del niño como de la familia y del medio ambiente para lograr romper el CIRCULO DEL HAMBRE.

(18)

(18) Ibidem. p. 315

1.2.4 La alimentación en las familias marginadas.

La alimentación determina, principalmente desde la edad infantil, las condiciones futuras de nutrición y salud a nivel individual y colectivo, al imprimir la fisonomía social, antropológica y cultural de un pueblo.

Satisfacer adecuadamente las necesidades alimenticias, evita la desnutrición y sus incapacidades, constituyendo la base de la salud, así como el principio de la libertad.

Con base a lo señalado anteriormente, las condiciones nutricionales de las diferentes áreas del país revelan la mala nutrición de un porcentaje considerable de población.

Alternar presente las condiciones de pobreza y hambre se han realizado algunos estudios.

Los de Ana María Flores revelan:

- El consumo de KCL -per cápita es en promedio 20% menos de las que se consideran convenientes.
- Las proporciones de nutrimentos en la dieta habitual muestra que existe un déficit de proteínas y un exceso consumo de grasas y carbohidratos.
- El incremento de la producción agropecuaria anual en el último

decenio fue de 40% en los países latinoamericanos. (19)

Se considera que durante los últimos cincuenta años persiste una población marginada en la República Mexicana que consume una dieta indigna que le permite apenas sobrevivir.

En la mayor parte de Latinoamérica, como en México, existen mosaicos de comunidades heterogéneas, pues al lado de núcleos marginados se encuentran otros en las mejores condiciones sociales, económicas y culturales.

Prevalece en la alimentación de las primeras: maíz, frijol y otros recomendados por la publicidad, en cambio, los esenciales se consumen en forma insuficiente.

Las deficiencias reveladas pueden superarse mediante la educación cuando son cualitativas, no sucede así con las graves: las de origen económico.

La más grave deficiencia en la alimentación es la de proteínas de origen animal. Por su precio, la leche, carne, huevo y pescado son poco accesible para esta población; por ello se ha repetido que la lucha por la vida es la lucha por las proteínas.

(19) Herrera Pérez, José Raúl. "La Educación Nutricional"...
Tesis Profesional ENEO, UNAM pp. 29-32

El Dr. Zubirán menciona que el mexicano sólo come carne una vez por semana, la población marginada tampoco come huevo y fruta. En México esta población compone la mitad del porcentaje, quienes solamente participan para ser explotados, no reciben dinero sino para sobrevivir. Sobre las causas de la deficiencia de su dieta se recalca la pobreza e ignorancia, que son las manifestaciones del subdesarrollo. Además señala otro aspecto interesante "existen los tabúes y prejuicios, pero ahora no operan, no existe población alguna mal nutrida por esta causa. Cuando dispongan de recursos y continúen en ese estado será tiempo de solucionarlo".

Quizá el error más frecuente y peligroso es la falta de higiene en el manejo de los alimentos que se proporcionan. Cobran importancia las faltas de higiene personal, el fecalismo al aire libre, deficientes condiciones sanitarias y otras.

Es costumbre la ingestión de alimentos y golosinas sin horario fijo y es popular que los padres los acepten con naturalidad y los favorecen.

Por otro lado, la deficiente distribución de los ingresos económicos por las madres que carecen en numerosas ocasiones de las elementales normas de administración. Es de enseñarse que tiene mayor costo un refresco embotellado (agua y azúcar) que un vaso de leche o un huevo, en vista de que las familias marginadas prefieren gastar en lo primero. Al respecto se ha señalado que México es un país subdesarrollado, que

difícilmente obtiene un primer lugar en algo positivo como la educación o deportes, tiene en contraportada sitios de honor como alcoholismo, desnutrición, analfabetismo y marginación.

Resulta suficiente mencionar que se ocupa el primero o segundo lugar en el mundo en consumirlos. No es raro encontrar niños de uno o dos años con sus biberones llenos de refresco en lugar de leche. (20)

De los ciento veinticinco millones de niños nacidos en 1978, aproximadamente doce de ellos principalmente del tercer mundo están condenados a morir antes de cumplir el primer año de vida y la tercera fallecerán antes de los cuatro años, víctimas de la desnutrición o de enfermedades derivadas.

Anemia, raquitismo, pelagra, avitaminosis y otras, son males típicos originados por una alimentación pobre o nula en proteínas, calorías y minerales.

La anemia nutricional fluctuó en años recientes entre el 3 y 10% en doce países latinoamericanos.

Las consecuencias originadas por la desnutrición avanzada no son menos trágicas que la muerte misma, una desnutrición crónica deja su huella funesta no solo en el cuerpo sino en la mente y personalidad.

(20) Ibidem. pp. 32-33

La desnutrición no solo puede deberse a una dieta inadecuada sino también a factores personales, como son deficiente absorción de los alimentos por condiciones orgánicas anormales, metabolismo basal aumentado, trastornos en la utilización de los alimentos como sucede en las enfermedades del hígado, excreción exagerada de ciertos elementos de la dieta como sucede en la diabetes mellitus, anorexia, enfermedades mentales y otros.

Desde el punto de vista colectivo las causas más frecuentes son: insuficiente producción de alimentos inadecuados, distribución y conservación de los mismos, crecimiento de la población y pobreza, deficiente nivel educativo y de hábitos alimenticios. La desnutrición puede ser total o parcial, en el sentido de que afecte a todos los elementos de la dieta o solo algunos en forma específica.

Generalmente la deficiencia es polivalente. La dieta que provoca el beri beri es insuficiente en tiamina y puede serlo también en otras vitaminas hidrosolubles. Las sustancias nutritivas que frecuentemente están en cantidades insuficientes son las proteínas (específicamente las de alto valor biológico), sales minerales y algunas vitaminas. De aquí que los cuadros clínicos y sub-clínicos más frecuentes de desnutrición son la delgadez patológica, obesidad por exceso calórico, desnutrición proteica del niño, raquitismo, osteomalacia, por falta de vitamina D, escorbuto por falta de vitamina C, Xeroftalmia por avitaminosis A, anemias por falta de hierro, bocio por deficiencia en la ingesta de yodo,

pelagra por falta de niacina y otras enfermedades.

"Se considera a la desnutrición como la pérdida del equilibrio entre el aporte de nutrientes esenciales y los requerimientos del organismo, lo que ocasiona una deficiencia anatómica y funcional o del desarrollo. Desde el punto de vista estricto, se puede definir a la desnutrición como el déficit de proteínas en el organismo humano". (21)

El Dr. Salvador Zubirán menciona al respecto que los mexicanos tienen hambre, podría decirse que se padece desnutrición. Hambre es la necesidad de energía y calorías, es la falta de volúmenes de combustibles.

Es una falta aguda de alimentos. Desnutrición es una falta crónica, es un proceso metabólico que se caracteriza por la falta de nutrientes, proteínas, vitaminas y demás nutrientes, en consecuencia el organismo se altera por carencia.

El hambre puede encender rebeldía, en cambio la desnutrición daña los resortes más activos de la persona y la convierte en esclavo del ambiente, de más limitaciones.

1.2.5 La Nutrición de los Sectores Urbanos.

En el medio urbano existen muy diversos niveles dietéticos, desde los

(21) Ibidem p. 45

grupos tan desnutridos como los rurales hasta los que consumen dietas exageradas y relativamente adecuadas en las clases sociales, media baja y media alta.

Considerados en general, se consumen básicamente los mismos alimentos que en el área rural, variando los porcentajes de los mismos.

Se consumen cantidades considerables de maíz y frijol, pero se prefieren productos de trigo, que a pesar de la opinión general no son mejores y no equilibran la dieta. También se consumen cantidades considerables de productos animales, pero sin control, sin adecuada distribución intrafamiliar y con gran irregularidad. Se tiende a consumir productos caros desequilibrados y con deficiente valor nutritivo, en combinaciones que asombran por lo incorrectos. Como ocurre entre los campesinos que prefieren alimentos industrializados que aparecen en la televisión a los que se atribuye gran prestigio, independientemente de lo contenido en nutrientes.

La situación nutricional de los niños es diferente a los del medio rural, son diferentes los hábitos de alimentación infantil en épocas tempranas de la vida caracterizados por alimentación al pecho deficiente, por uso inconveniente de biberones y por una alimentación anárquica suplementaria y que hace que el niño viva en crisis nutricional desde épocas tempranas. Esta crisis causa desnutrición y muerte temprana en un 10% de los casos, los restantes logran sobrevivir y lo hacen en

mejores condiciones de desarrollo que el medio rural.

En los últimos años otro factor que ha agravado los problemas urbanos es la inmigración de campesinos de bajos recursos que llegan a las ciudades, prácticamente en masa, expulsados por el hambre, desempleo rural, en actitud desesperada de sobrevivencia. Como consecuencia, la situación de los barrios es ya tan grave como la rural y es válido no solo para la zona metropolitana, sino también para los barrios de Monterrey, Nvo. León, donde la mortalidad infantil alcanza niveles significativos: cerca de la mitad de los niños fallecen antes de llegar a los cinco años.

Los datos de las encuestas urbanas sugieren que aproximadamente veinte millones de personas del medio urbano tienen problemas nutricionales por carencia de uno o varios principios nutritivos.

En general no les falta energía, pero si les faltan proteínas, vitaminas y minerales.

En este sector la cantidad de personas que manifiestan los efectos de la dieta excesiva aumenta notablemente, al presentar: obsesión, hipertensión, arterioesclerosis y diversas enfermedades metabólicas.

EFFECTOS DE LA DESNUTRICION

Los estudios realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición en los

últimos veinte años muestran que las dos terceras partes de la población del país tienen una dieta deficiente.

Los fenómenos económicos de los últimos cuatro años han colocado al borde de la hambruna a muchos mexicanos. La población total ha crecido demasiado y aunque grandes medios sociales, como los urbanos que creen que están al margen de los problemas, la verdad es que el conjunto sigue siendo interdependiente, ahora quizá más que antes. Las tendencias de siempre en los campos dietéticos son sumamente inadecuados; a través de los medios masivos el comercio dirige los hábitos y conductas alimenticias. No con el objeto de nutrir al pueblo, sino de las enormes utilidades productivas. Por ello se ofrecen a la venta productos bien presentados, con empaques costosos, que atraen por su novedad y sabor sin atender sus principios nutritivos. Como consecuencia, el pueblo está cambiando bruscamente su dieta de origen indígena, que no es buena, por otra que es sofisticada y por ende deficiente, pues los nuevos productos, en el mejor de los casos, sólo dan colorías acompañadas de una gran cantidad de compuestos químicos: saborizantes, colorantes, antibacterianos, estabilizadores y otros. Ahora es común la tendencia a consumir sopa de pasta en lugar de frijoles, prefiriendo los refrescos a la leche. (22)

Dentro de la problemática los que más sufren son los niños, no pueden desarrollarse con los tradicionales productos indígenas y menos con los

(22) Ibidem p. 52

industrializados. Los niños de madres malnutridas nacen con bajo peso, un promedio de 2.700 kilogramos o sea medio kilo menos que de los niños de familias bien nutridas del medio urbano. Esto indica que en el medio rural pobre, más de la tercera parte de los niños nacen con peso inferior a los 2.5 kilogramos. La leche materna sólo es suficiente durante los tres primeros meses de vida, lo que permite a los niños doblar su peso y por primera y última vez en su vida, dar la impresión de salud y buena nutrición. Desafortunadamente los hábitos de alimentación suplementaria del medio rural son inadecuados, las madres temen a los alimentos, los emplean tarde y tímidamente, hasta los 8 meses, cuando les comienzan a salir los dientes, al niño le dan a chupar tortillas, atoles y caldos, que proporcionan más contaminación que nutrientes.

La consecuencia es que el niño entra en una etapa caracterizada por la interacción entre las enfermedades infecciosas y la desnutrición. La insuficiente alimentación los debilita haciéndolos presa fácil de gérmenes y bacterias y cuando enferman presentan anorexia y la madre los pone a dieta debilitándolos más. (23)

Esta interacción entre la desnutrición e infección causa que muchos mueran. Igualmente grave, los sobrevivientes quedan lesionados en su desarrollo físico, mental y social.

(23) Ibidem p. 57

De los tres millones de niños que nacen al año, por lo menos dos y medio lo hacen en un medio propicio a la desnutrición y a la infección por lo tanto, no logran desarrollar sus capacidades humanas, el crecimiento óptimo escrito en sus genes, no reciben el adecuado estímulo ambiental para su máximo desarrollo.

Esta problemática social nutricional es creadora de consecuencias sociales, que afectan el bienestar de la comunidad, tanto en sus necesidades básicas como en la salud, a su vez una alimentación inadecuada disminuye las probabilidades de lograr un desarrollo socioeconómico constante y equilibrado.

México ha enfocado su desarrollo a los bienes, no al hombre, y como resultado ha logrado generar un producto nacional bruto en discrepancia con el nivel de la población.

México es rico y produce más de lo que consume el pueblo, lo que señala claramente lo injusto de la distribución de los recursos y la falta de acción gubernamental al respecto.

En realidad el verdadero desarrollo es aquel que se centra en el hombre y no se puede dar una mejor nutrición.

La mayor parte de la población de México requiere una política social básica, fundada en una mejor nutrición y más higiene, sólo así

se rompería la interacción entre desnutrición e infección que tanto - afecta a los seres humanos pobres, de esta forma se pueden prevenir las muertes prematuras y promover el desarrollo físico, mental y social de las mayorías.

Mejorar la situación nutricional no es en realidad difícil y está al alcance de la sociedad actual, la población ya conoce una base dietética sobre la que pequeños cambios pueden dar lugar a mejoras. Quizá un mejoramiento dietético en cantidad y calidad equivalente a un 20% sobre la dieta actual, pudieran ser suficiente. Esta meta no es utópica ni siquiera difícil.

Vivimos hoy una serie de crisis: falta de alimentos y también capacidad de compra de las mayorías. Las tendencias no son halagüeñas. Existen signos de que los alimentos van a escasear más, esto afectará en mayor medida a los sectores de bajos ingresos. En realidad no faltan alimentos pues los 2,500 calorías que es promedio, que hoy consume una persona, podrían ser suficientes si se manejan bien y si se distribuyeran mejor.

La causa real de la desnutrición no es falta de alimentos, la desnutrición de un país es proporcional a la injusticia y pobreza. En México, los sectores de alto ingreso absorben gran cantidad de granos a través de productos animales que comen, por ejemplo, para aumentar un kilo de carne de cerdo realmente come 8 kilogramos de granos y una vaca 30 kilogramos de pastura y ocupar alrededor de una

hectárea de terreno. Esta situación hace que el 15% de la población rica absorba 60% de la producción agrícola.

Desafortunadamente a la vez que los alimentos son la principal fuente de bienestar, también son la principal fuente de especulación y corrupción.

Muchos están haciendo grandes negocios al distorsionar la producción de alimentos y monopolizar su almacenamiento, transporte, y manipulan su distribución.

Las diferencias de lo que paga el productor y lo que se vende al consumidor aumenta progresivamente. El campesino percibe el 3 y 7% del valor de venta al consumidor, lo que es insuficiente para que coma mejor. El 97% restante se lo apropia el mundo de los negocios, cada vez más voraz y explotador.

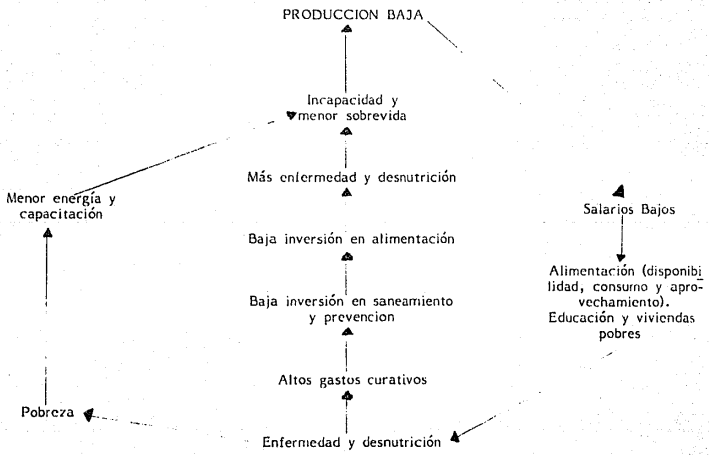
Para resolver los problemas nutricionales se requiere que toda la población consuma su dieta mínima, que podría ser la actual de tortillas y frijoles con la adición de lo que se indica llamar un tercer plato en la dieta familiar. Este tercer plato debe basarse en grasas, suficientes proteínas, vitaminas y minerales. En principio se requiere que todos puedan consumir un guisado diariamente, a base de un alimento protéico, como pescado, carne o una leguminosa diferente, co, frijol, como soya o garbanzo. Si el problema mayor está en los

niños, se requiere que los cuatro millones de niños pobres, de tres meses a tres años, agreguen a su dieta diaria medio litro de leche.

La coordinación de una serie de acciones dirigidas a equilibrar el consumo entre los distintos grupos sociales, es cada vez más importante.

Los pobres se mueren porque les falta comida, los ricos mueren de problemas cardiacos y metabólicos porque les sobra alimentos. Nada puede ser tan benéfico para la economía que incorporar a los millones de marginados.

CIRCULO DEL HAMBRE



62

Fuente: Martínez y Martínez et. al La Salud del niño y el adolescente p. 690

1.2.6 Historia Natural de la Desnutrición

Concepto

De acuerdo con Ramos Galván, la desnutrición se define como - estado patológico, inespecífico con patogenia única, sistémico y potencialmente reversible, causado por la deficiente utilización de nutrientes indispensables para las células del organismo que se acompaña de manifestaciones clínicas de diferentes grados de intensidad.

Período prepatogénico

Agente

El agente causal de la desnutrición es la deficiencia y/o desequilibrio entre los nutrientes: calorías, proteínas (en especial de origen animal), vitaminas, lejisolubles, minerales, hierro, yodo,...).

Huesped

La desnutrición afecta a todas las edades; en la etapa infantil, las primeras manifestaciones suelen encontrarse entre los 6 meses y el año de edad, época del destete y la ablactación, cuando la leche materna ya no es suficiente y en el curso de la cual las enfermedades diarreicas son más frecuentes, recidivantes y graves.

Existen tres épocas de la vida en las cuales la alimentación resulta fundamental, el período prenatal, el que corre de los 3 a los 18 meses y el de la adolescencia; en estos tres períodos existe un incremento importante en el desarrollo y crecimiento, por lo que los requerimientos calóricos y protéicos resultan superiores y su déficit conducirá a la desnutrición.

Puede ocurrir que la ingesta alimenticia sea adecuada pero no existe un aprovechamiento correcto de los alimentos por alteraciones fisiopatológicas, tales como: interferencia en la ingestión (patologías orales), digestión alterada (deficiencias enzimáticas), absorción inadecuada (malabsorción), utilización incorrecta (catabolismo aumentado en caso de enfermedades crónicas y/o febriles)..., en cuyo caso se le denominará desnutrición secundaria.

En algunos casos, además de aporte deficiente, hay pérdidas excesivas de nutrientes y un aprovechamiento inadecuado de los mismos; entonces se denominará desnutrición mixta. Esto ocurre en casos de diarreas, en los que existe un aporte deficiente por ayuno prolongado y vómitos, absorción inadecuada por tránsito intestinal acelerado, pérdidas excesivas por fmites y aumento del catabolismo; se ha señalado que este tipo de desnutrición es la más frecuente en nuestro medio.

Existen además hábitos y costumbres que inciden sobre la desnutri-

ción, tales como deficiente educación alimenticia, en salud y enfermedad, y desconocimiento de los alimentos de mayor valor nutritivo, así como sus diversas formas de presentación y preparación.

Ambiente

La desnutrición es más frecuente en el medio rural que en el urbano; además, predomina la de segundo grado, quizá por el gran número de fallecimientos en los de tercer grado. Afecta principalmente al sexo femenino, ya que por errores culturales, se considera a la mujer como improductiva y se le somete a dietas deficientes.

El ingreso económico es un factor que gravita fuertemente sobre la desnutrición, ya que a menor ingreso, menor consumo de alimentos y de menor calidad; a esto hay que agregar una deficiente distribución del ingreso.

En resumen, se considera que los factores determinantes (ambiente) de la desnutrición son:

- a) Disponibilidad que depende de la producción, transporte y almacenamiento de alimentos.
- b) Consumo, que depende de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos (ambiente familiar).

- c) Aprovechamiento, que es afectado por el momento metabólico, factores constitucionales genéticos y neurohormonales (ambiente individual).

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud

Las medidas irán encaminadas a las siguientes acciones: control médico periódico del niño "sano", se busca un adecuado crecimiento y desarrollo, mediante las curvas de peso y talla, además de proporcionar atención a los cuadros patológicos específicos que pudieran presentar (diarrea, infecciones, ...). Debe aumentarse y mejorarse la producción de alimentos baratos, así como proporcionarse los medios para su transporte y almacenamiento; asimismo, deberá promoverse la lactancia natural y la producción de alimentos baratos y accesibles para el destete.

Debe enseñarse la ciencia de la nutrición en los diferentes niveles educativos. Mención especial merece la educación alimentaria de toda la población, al poner especial énfasis en grupos organizados de madres, escuelas, ..., de manera especial sobre requerimientos nutricionales en salud y enfermedad. elaboración de dietas (normales), técnicas culinarias y normales generales, adaptarse a las diferentes regiones geográficas y socio-culturales.

Deben modificarse los hábitos inadecuados sobre higiene y alimentación. Para todo lo anterior, deberán utilizarse los métodos audiovisuales disponibles, tales como folletos ilustrativos, cartelones, anuncios, películas, grabados,....

También adoptarse medidas socioeconómicas dirigidas a los grupos menos privilegiados y al desarrollo de oportunidades de empleo, al llevar el nivel económico de la población. Mejorar las políticas sobre precios de alimentos y salarios mínimos. Finalmente, se deben adoptar medidas para sanear el medio, ampliar el programa de inmunizaciones, manejo y preparación higiénica de los alimentos y de la higiene personal, así como todas las medidas tendientes a mejorar la sanidad ambiental, física y social de la familia y del individuo.

De lo anterior se deduce que deben actuar en forma coordinada y por tiempo indefinido, estadísticas, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, autoridades, instituciones y todas aquellas personas que puedan aportar su ayuda en la realización de los programas.

Protección específica

Desarrollar medidas dirigidas a las mujeres embarazadas y a las madres, sobre instrucción general, y alimentaria en particular, programas de alimentación complementaria, creación y producción de alimentos baratos y accesibles para el destete, programas de enriquecimiento y/o suplementación de alimentos (yodación de la sal, adición de vitaminas

A y D a la leche y otros. Insistir con las madres en las que exista antecedentes de un niño con desnutrición en la educación higieniconu tricional.

Promover la utilización de alimentos de bajo costo, combinados con los usuales (pescado, harina de soya, garbanzo,...); se realizarán campañas de promoción para alimentos existentes, nutritivos y poco consumidos (pescado, leguminosas,...), así como distribuirse alimentos nutritivos y económicos a los grupos menos privilegiados de la población, a través de acciones gubernamentales, se crean las insti tuciones responsables y/o aprovechan las ya existentes (CoNaSuPo), además de las medidas anteriores, se intensifica la lucha contra las enfermedades diarreicas y/o infecciones.

PERIODO PATOGENICO

Etapa subclínica

Cualquier alteración en la nutrición normal conducirá a una disminu ción en el aporte, a un aumento en el metabolismo o al incremen to en la excreción de nutrientes, lo que origina un organismo no saturado de ellos, esta alteración en etapas iniciales no repercutirá en la fisiología general, pero al prolongarse en tiempo y extensión, conducirá al consumo de reservas originándose una deplesión de las neuronas y una homeostásis inmediata, que se manifestará en clíni-

ca, por una detención en el aumento ponderal y estatural. En el estado, la enfermedad puede no preocupar notablemente a los familiares, ya que el edema y la grasa subcutánea ocultan el proceso de desnutrición y consunción muscular. El organismo, en este momento, además de la detención en el peso y talla, empieza a mostrar dilución bioquímica, detectable sólo por pruebas de laboratorio.

Si ésta situación anómala, persiste, existirá menor capacidad para hacer frente a las situaciones de stress, menor resistencia a las infecciones, aumento del umbral de fatiga, anormalidades de las funciones gastrointestinales y neurológicas, anemia ligera y alteraciones bioquímicas; el niño se volverá apático y quejumbroso y existirá pérdida progresiva de apetito, que puede llegar a convertirse en repugnancia a los alimentos.

Las enfermedades infecciosas pueden acelerar o desencadenar la evolución de este proceso, ya que en estos estados hay mayor demanda de nutrientes, en un organismo ya de por sí comprometido. Mención especial merecen las diarreas, ya que al presentarlas el niño, son atribuidas generalmente a parásitos, y se le somete a tratamiento a base de dieta rigurosa, purgantes y antihelmínticos en cuadros diarréicos que pueden ser originados por el mismo estado carencial.

Los exámenes de laboratorio que orientan hacia la interpretación del estado nutricional de los lactantes, incluyen una hemoglobina

menor de 11 g por 100 ml., que sugiere anemia debida a deficiencia de hierro (el hematocrito debe ser mayor del 33%). Normalmente debe haber más de 30 mcg por 100 ml. de hierro sérico hasta los 2 años, más de 4 mcg por 100 ml. de los 2 a los 5 años de edad y más de 60 mcg por 100 ml. en edades posteriores.

Los datos bioquímicos que se presentan son aumento de la fosfatasa alcalina en el suero, como índice de deficiencia de vitamina D, disminución de la folacina en el suero, hipoproteinemia e hipoalbuminemia; al mismo tiempo, las concentraciones de vitaminas A y C, carotenos, tiamina y riovoflabina, se encontrarán por debajo de los 50 mcg por gramo de creatinina.

La escasez de aporte calórico disminuye el aporte energético y la división celular en el marasmo, pero no en el Kwashiorkor. Mientras en el marasmo hay disminución (o desaparición) del panículo adiposo, las proteínas séricas se encuentran disminuídas y no existen edema. En el Kwashiorkor hay además, manifestaciones de déficit vitamínico más severas y frecuentes que en el marasmo.

Las alteraciones anatómicas de la mucosa intestinal varían según se trate de un caso u otro. En el Kwashiorkor hay desaparición total o parcial de las vellocidades, alargamiento de las criptas de Lieberkühl y alteraciones de epitello, consistentes en altura menor, disposición desordenada de los núcleos y aumento de linfocitos y células

plasmáticas en el coreon de la mucosa. En cambio, en el marasmo se conserva la arquitectura normal de la mucosa, pero hay disminución en su grosor; se encuentra disminuída la actividad mitótica de las criptas de Lieberkülm y la renovación del epitelio de las vellocidades se encuentra retardada.

En el paciente desnutrido, el timo sufre atrofia crónica y los órganos linfoides periféricos presentan lupoplaría generalizada, más importante en los casos de Kwashiorkor que en los de marasmo, por lo que existen alteraciones de inmunidad mediada por células; los órganos linfoides, las células circulantes y las funciones inmunitarias son reversibles y se recuperan por completo, al corregirse la desnutrición.

ETAPA CLINICA

Signos y Síntomas

Si continúa progresando el estado de carencia de nutrientes aparecen los signos y síntomas de la desnutrición; como manifestación de homeostásis mediata, entonces el cabello se torna fino, despigmentado y fácilmente desprendible, aparece el "signo de la bandera", en el que el pelo sufre despigmentación en su porción distal, con pigmentación normal en su base. La piel se aprecia escamosa, seca, pigmentada, y puede existir hiperqueratosis folicular, las conjuntivas

se aprecian secas y pálidas, aparecen lesiones en boca, como queilosis o queilitis; la lengua se vuelve lisa, roja con papilas hipertróficas, pueden existir glontis; las encías se notan edematosas y en ocasiones sangrantes; aparecen manchas transversales en los dientes, que en caso de seguir progresando, pueden llegar a producir la pérdida de los mismos; la pérdida de grasa subcutánea es notable y a veces se confunde con deshidratación, especialmente cuando la diarrea aparece como complicación; hay además consunción muscular, pudiendo llegar hasta contracciones. Aparecen alteraciones afectivas; el niño pierde interés por el medio y adquiere apariencia de sufrimiento.

Existe hipoalbuminemia, edema palpebral, edema de extremidades y en ocasiones, anasarca. Aparece aumento en el volumen hepático por infiltración grasa y además existe cierto grado de anemia.

El cuadro clínico depende de la etiología, gravedad y duración de la desnutrición; pero en general se reconocen tres tipos de signos:

1. Signos Universales: Son aquellos que están presentes en todo tipo de desnutrición y cuya presencia es indicio de la misma y son:
 - a) Dilución bioquímica, caracterizada por aumento de lípidos intravascular e intersticial, hipoosmolaridad, dilución protéica, hipervolemia y edema.

- b) Hipofunción manifestada como disminución de las actividades enzimáticas, amilolítica, trípica y lipolítica de los "jugos" pancreático e intestinal, deficiencia de disacaridasas y dipeptidasas, así como disminución del metabolismo basal; existe, además, disminución de las actividades mentales y del tono afectivo.
- c) Atrofia, consiste en detención del desarrollo somatométrico, retraso en la osificación, lipotrofia muscular, dermatosis, ...

2. Signos Circunstanciales: Son aquellos que no siempre están presentes en la desnutrición, pero cuya presencia es indicio de ella; están constituidos por las manifestaciones en piel, edema, alteraciones mucosas, musculares y óseas descritas anteriormente.

Los más frecuentes: en pelo: opacidad, adelgazamiento, disminución en cantidad, despigmentación; en cara: discromias; en ojos: conjuntivitis (xerósica), xeroftalmia, opacidad corneal, cambios de coloración, atrofia papilar; en dientes: alteración del esmalte dentario, edema gingival, gingivorragia, hipertrofia de papilas interdentalés, paradoncia; en piel: xerosis, hiperqueratosis folicular, petiquias, equimosis, púrpura, descamación. En el tejido adiposo puede haber: edema, distribución anormal

(en mejillas y abdomen principalmente), distribución del volumen muscular, flacidez o contracturas musculares, debilidad muscular. A nivel óseo, puede existir craneotabes, gubias frontales prominentes, rosario costal, surcos en parrrilla costal, ensanchamiento de epífisis, encurvamiento de huesos largos. A nivel general puede existir: hepatomegalia, ascitis, alterciones psicomotoras.

2. **Signos Agregados:** Son aquellas manifestaciones, en pacientes desnutridos, que no dependen de la nutrición propiamente, que generalmente aparecen en estudios avanzados y que pueden ser manifestaciones de padecimientos previos y/o agresiones añadidas (complicaciones), tales como infecciones gastrointestinales, respiratorias, renales o cutáneas, etc....

En la desnutrición de primer grado, hay detención en el aumento ponderal y posteriormente en la talla; paulatinamente, el tejido celular pierde su turgencia y da la sensación de flacidez; el niño se muestra inquieto y llorón (los mayores se vuelven apáticos); hay disomnio, hipotonía muscular discreta e hipocromias; esta sintomatología es tan frecuente a nivel familiar, que a menudo pasa inadvertida. En la desnutrición de segundo grado, además de las alteraciones anteriores, se detiene la talla y son más prominentes los

signos circunstanciales. En la desnutrición de tercer grado, no solo hay detención del peso y la talla, sino que se aprecia disminución, dando el niño la sensación de gravedad, con acentuación de todos los signos de desnutrición.

El siguiente evento en la historia natural de la desnutrición, es la definición clínica del cuadro, como Kwashiorkor o marasmo. En la desnutrición infantil hay dos cuadros clínicos diferentes:

- a) Cuando existe déficit calórico y protéico, tiende a manifestarse la forma seca, caquética o marasmática, que predomina en los menores de un año.
- b) Cuando hay aporte calórico adecuado, pero existe un déficit protéico, se origina la desnutrición pluri carencial, húmeda o Kwashiorkor (el niño de pelo rojo).

Ambos cuadros se diferencian por su sintomatología y pronóstico, pero en ocasiones se imbrican, al existir una amplia gama de variaciones y graduaciones. Además, un niño con marasmo nutricional puede evolucionar hacia Kwashiorkor, y un niño con éste, puede presentar los síntomas del marasmo nutricional, después de desaparecer el edema general.

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 desnutri-ción materna grave en el último trimestre del embarazo o la priva-ción nutricional en el primer año de vida, dan lugar a daño irrever-sible en la mielinización normal y el desarrollo intelectual.

Al seguir progresando la desnutrición, el organismo del niño se adapta y modifica sus mecanismos homeostáticos (metabólicos, neuroló-gicos, 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.

En esta etapa suelen ocurrir lesiones cerebrales, debidas a la mieli-nización deficiente que ocasionan alteraciones neurológicas y men-tales, con funcionalidad deficiente, debido a las alteraciones óseas, propias de la desnutrición, ocurren malformaciones esqueléticas y pérdida de piezas dentarias; la deficiencia de vitamina A ocasiona queratomalacia.

Un porcentaje elevado de pacientes desnutridos fallecen (sobre todo los de segundo y tercer grado), bien por alguna complicación, o

bien por el propio estado carencial; pero los que son tratados oportunamente, tienen gran probabilidad de supervivencia y recuperación, que aumenta cuanto más precozmente se instituya el manejo, así como disminuir o evitar la invalidez y lograr su rehabilitación.

Al ser el niño tratado adecuadamente, se presenta el "síndrome de recuperación nutricional", en el cual se observa aumento de peso, desaparecen las infecciones, las evacuaciones se normalizan, puede aparecer hirsutismo discreto generalizado (más aparente en cara), la piel se torna suave, sudorosa, se recupera la actividad neuromuscular, se observa notable recuperación psicológica, ya que de la apatía, adinamia y mal humor, pasa paulatinamente a la actividad y al buen humor. El abdomen aumenta de volumen debido a que el hígado se hace grande, sobre todo en su lóbulo izquierdo, al mismo tiempo se observan cambios bioquímicos y hematológicos importantes: se elevan las proteínas plasmáticas, desaparece la anemia, mejoran las deficiencias enzimáticas hasta recuperar su normalidad. Cuanto mayor sea el grado de desnutrición, mayor será el lapso de recuperación.

PREVENCION SECUNDARIA

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno se realiza mediante

la delimitación de la población susceptible, o bien por el descubrimiento de casos, a través de programas específicos de detención de la desnutrición y enfermedades carenciales, o bien, en el control médico, al reconocer tempranamente los signos de desnutrición, por medio de exámenes clínicos y de laboratorio. En este grupo se incluye la detección de síndromes nutricionales y específicos (raquitismo, pelagra, anemia, mala absorción, ...).

En este como en todos los procesos patológicos, debe establecerse el diagnóstico en la fase subclínica, a fin de establecer el tratamiento adecuado y evitar que progrese la enfermedad; ante la detención en el aumento de la curva ponderal, al establecer su relación con las tallas que se proponen para esta edad, en etapas posteriores se acompaña de alteraciones en la psicología del niño, al producirse rechazo de los alimentos, o bien apatía e indiferencia, o bien se detecta en él un proceso que tiende a la cronicidad y que es febril o caquetizante por sí mismo. Al sospechar el diagnóstico deberán realizarse exámenes de laboratorio, para conocer el cuadro hematológico y bioquímico.

El tratamiento en la etapa subclínica consistirá en suministrar dieta equilibrada en calorías y nutrientes, así como reforzamiento de ésta con alimentos específicos y suplementos medicamentosos, durante el embarazo, la lactancia y la adolescencia.

El tratamiento y la educación para prevenir los padecimientos asociados como el sarampión, tosferina, parasitosis, tuberculosis, gastroenteritis, ayuda a la disminución y prevención de la desnutrición.

Limitación del daño.

El tratamiento del niño desnutrido debe efectuarse según el grado en que se encuentre afectado, haciéndose un estudio completo en cada caso particular, los niños desnutridos en primer grado se tratan indicando una dieta normal, equilibrada y completa para su edad, al existir errores de alimentación, que casi siempre tienen déficit en calidad y/o cantidad, tratando el padecimiento agudo sin olvidar enseñar a los familiares medidas higiénicas.

En la desnutrición de segundo grado, generalmente se agregan al cuadro infecciones gastrointestinales, respiratorias, parasitarias, ...; entonces la vigilancia dietética es más estrecha, al suministrar al paciente alimentación completa equilibrada en cantidades calóricas progresivamente ascendentes, hasta cubrir sus requerimientos, sin olvidar el tratamiento de las infecciones si existen.

La desnutrición de tercer grado, casi siempre se complica con cuadros infecciosos agregados, que por lo general se desarrollan en un ambiente familiar y social adverso, que debe corregirse al ver tratado el padecimiento.

En general el tratamiento de la desnutrición se basará en:

1. Medidas de urgencia
 - a) Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico.
 - b) Tratamiento de las infecciones agregadas.
 - c) Tratamiento sintomático y medidas generales.

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

Rehabilitación

La rehabilitación del paciente desnutrido debe ser tanto física como activa, psicológica y social y debe ser integral, incluyendo a toda la familia, para evitar que persista el problema cuando el paciente es reintegrado al hogar.

Deben modificarse en la familia los conceptos higiéniconutricionales inadecuados que han condicionado la desnutrición y que habitualmente favorecen los procesos patológicos (generalmente infecciosos), que propician o agravan la desnutrición.

La rehabilitación individual se efectuará mediante la administración de dietas completas y equilibradas, en cantidades calóricas progresivamente ascendentes; se iniciará con 40 calorías por kilogramo de peso por día en un lapso de 3 a 4 días, se aumentará en cantidades de 10 a 20 calorías por kilogramo de peso por día, hasta cubrir los requerimientos nutricionales, además tratarse las alteraciones anatómicas que hayan ocasionado bien la desnutrición o alguna de las complicaciones de manera específica, así como la vigilancia periódica por el médico.

Puesto que en la desnutrición se encuentran deprimidas las respuestas afectivas, la rehabilitación deberá hacerse en el sentido de proporcionar al niño el afecto indispensable para lograr su recuperación, para lo cual es necesario establecer una armonía familiar, al reincorporar al paciente a la familia y a la sociedad. (25)

(25) Martínez Roberto. La Salud del Niño y el Adolescente. pp. 685-704

2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: D.N.G.

Sexo: Masculino

Nº de Cama: 265

Edad: 3 años

Servicio: Pediatría

Fecha de ingreso: 3/I/85

Nacionalidad: Mexicana

Lugar de procedimiento: México, D.F.

NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA

Ambiente físico

Características físicas de la habitación: Se encuentra en pésimas condiciones de higiene y ventilación, cuenta con dos cuartos, uno de ellos hace las veces de recámara y el otro de cocina; viven en la escuela donde la madre es conserje.

Servicios sanitarios:

Agua: Intradomiciliaria, deficiente para cubrir sus necesidades.

Control de basuras: Camión recolector 2 veces por semana.

Eliminación de desechos: Poseen drenaje, así como baño W.C.

Iluminación: La calle está debidamente alumbrada.

Pavimentación: Cuenta con banquetas pavimentadas, fáciles de transitar.

Vías de comunicación:

Teléfono: Existen públicos en los alrededores.

Medios de transporte: Colectivo aceptable.

Recursos para la Salud: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado.

Hábitos Higiénicos:

Baño: Cada tercer día, con cambio de ropa igual.

Aseo de manos: No

Aseo bucal: No

Alimentación:

Desayuno: Leche y pan

Comida: Sopa de pasta, frijoles y 3 tortillas (huevo 3 veces
a la semana).

Cena: Café con leche y pan.

Eliminación:

Vesical: Cuatro o cinco veces al día.

Intestinal: Cuatro o cinco veces al día.

Descanso: Gran parte del día.

Sueño: Diez horas.

Diversión: Televisión

Composición familiar:

<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Participación Económica</u>
Paciente	- 3	Ninguna	
Madre	34	Conserje	\$ 40,000.00
Padre	36	Conserje	Ninguna
Urbano	14	Estudiante de Secundaria	
Manuela	13	Estudiante de Primaria	
Nohemí	11	Estudiante de Primaria	
Silvia	9	Estudiante de Primaria	
Miguel	5	Ninguna	
Ma. de la Luz	1	Ninguna	

Dinámica familiar

Informa la señora que el jefe de la familia es el padre; sin embargo se puede detectar que ella es la que en realidad solventa los gastos familiares.

Las relaciones entre los conyuges no son armoniosas.

Dinámica Social

No conviven con los vecinos.

Comportamiento

Indiferente al medio.

Rutina cotidiana

Levantarse, desayunar, juega, duerme a ratos, come, ve televisión y a veces va al parque con sus hermanos.

Problema actual o padecimiento

Inicia su padecimiento desde hace ocho meses con vómitos de contenido gástrico, evacuaciones diarreicas, hipertemia no cuantificada, fue llevado con el médico quien prescribió sulfadiazina y enterobioformo con lo que aparentemente mejoró en forma estimulante lo que causó pérdida de peso.

Hace 45 días aproximadamente presenta evacuaciones diarreicas hasta cuatro veces al día, náuseas y vómitos, anorexia, hipertemia no cuantificada y edema en miembros inferiores.

Antecedentes personales patológicos: Ha presentado cuadros repeti-

dos de infecciones respiratorias, diarréicos, en ocasiones acompañados de moco y en otras de sangre. Hace tres meses arrojó parásitos intestinales.

Antecedentes familiares patológicos: Abuela materna con diabetes Mellitus, hipertensión arterial y bronquitis crónica; abuela paterna con artritis reumatoide; tía materna con Epilepsia.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento: no es posible que opine, ya que no tiene conciencia de enfermedad.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación: La madre participa con interés, acepta las indicaciones sobre la alimentación que debe proporcionar al niño.

Exploración física

Inspección

Aspecto físico paciente masculino con cierta indiferencia al medio, consciente, palidez en tegumentos, cráneo normocéfalo, con pelo reseco, rojizo y quebradizo; cejas y pestañas en las mismas condiciones, ojos hundidos, mucosas orales mal hidratadas. En el torax se observa hundimiento en los espacios intercostales abdomen en batea, con signos de lienzo húmedo. Extremidades con hipotonía muscular. En miembros in

feriores con hipotonía muscular y edema hasta tercio medio de la pie
na.

Aspecto emocional: Irritable, indiferente al medio.

Exploración General

Estatura 55 cm., peso actual 9.085 kg., pulso 100 x', respiraciones
28 x'. Temperatura 37².

Inspección General

Preescolar masculino adelgazado, irritable, con llanto sin lágrimas,
sin movimientos normales.

Cabeza: Normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos: fontane
la anterior y posterior, cerradas, cabello escaso y quebra
dizo, con placas escamosas en piel cabelluda.

Ojos: Hundidos, conjuntivas pálidas, pupilas isocóricas, nor-
morrefléxicas.

Oídos: Con piel reseca escamosa.

Nariz: Con secreción muco-purulenta por ambas fosas nasales.

Boca: Mucosas orales, bien hidratadas con caries dental.

Faringe: Ligeramente hiperémica, amígdalas normales.

Cuello: De forma y volúmenes adelgazados, tiroides no palpable.

Torax: Forma y volumen adelgazados. Con rosario costal, apreciándose además salientes óseas. Con lesiones epidérmicas con placas blanquecinas, las inferiores presentan edema hasta tercio medio de ambas piernas.

Respiratorio: Lo anotado en el padecimiento actual.

Circulatorio: Sin datos patológicos.

Urinario: Sin datos patológicos.

Genital: Sin datos patológicos.

Nervioso: Sin datos patológicos.

Organos de los sentidos: Sin datos patológicos.

Síntomas generales: Anorexia, astenia, adinamia, diarrea.

Datos complementarios:

Exámenes de laboratorio y gabinete.

	Cifras normales	Cifras del paciente	Observaciones
<u>Examen de orina</u>			
Densidad:	1.003 - 1.035 ml.	1.011 ml.	
Glucosa			
Albúmina			
Cuerpos catiónicos			
Hemoglobina	Negativo	Negativo	
Pigmentos biliares			
Sales			
Urohilina			
<u>Biometría Hemática</u>			
Glóbulos blancos	5,000 - 10,000	18,750	
Hemoglobina	12.8 - 17 g.	8.8	
Hematocrito	45 - 52 ml.	26	

Coproparasitoscópico en serie de 3

Quistes de Giardia lamblia

Los exámenes de orina se encuentran dentro de límites normales.

2.1 Detección del problema

2.1.1 Deshidratación

2.1.2 Gastroenteritis

2.1.3 Desnutrición de III grado

2.1.4 Anemia

2.1.5 Escabiasis

2.1.6 Parasitosis intestinal

2.1.7 Separación materna

2.1.8 Hacinamiento

2.1.9 Madre epiléptica

2.1.10 Padre alcohólico

2.1.11 Nivel socio-económico bajo

2.2 Diagnóstico de Enfermería

Se trata de un preescolar masculino con peso de 8.085 gr. que corresponde a un niño de 8 meses en nuestro medio, forma parte de una familia integrada por padres adultos jóvenes casados a edades de 18 y 20 años y en catorce años han procreado 8 hijos, cinco de los cuales estudian.

Viven en una escuela en una habitación con cocina y baño. Las diez personas duermen en esa habitación, tienen servicios públicos. El nivel socio-económico es muy bajo, los padres trabajan de conserjes en esa escuela, pero sólo la madre aporta los ingresos económicos para el sostenimiento del hogar, por lo tanto la alimentación es deficiente en proteínas e insuficiente en cantidad. Los hábitos higiénicos para el cuidado del niño en la 1ª. etapa de la vida han sido deficientes.

Es una familia desorganizada, el padre es alcohólico, gasta su dinero en el alcohol y en conquistar a otras mujeres. La madre es epiléptica no controlada, agresiva por lo que las relaciones entre la pareja son desarmónicas y la madre se encuentra constantemente en tensión lo que da lugar a crisis convulsivas, lo que deteriora la situación emocional, además la falta de alimentos tanto para ella como para los hijos hacen más difíciles las relaciones familiares. Todo lo anterior fundamenta la falta de conciencia del problema de desnutrición del paciente, ya que desde los primeros meses de nacido ha presentado cuadros diarreicos en forma intermitente. Las evacuaciones en ocasiones acompañadas con moco, otras con sangre y restos de alimentos. Cuadros repetidos de infecciones respiratorias y faringoamigdalitis.

El tratamiento para estos problemas ha sido con "remedios caseros".

Hace tres meses arrojó parásitos intestinales cuya características corresponden a ascárides lumbricoides.

El ingreso al hospital es por un cuadro diarréico con evacuaciones - acompañadas de moco, sangre, náuseas, vómitos y fiebre. Se observan las siguientes características: preescolar, hipotrófico irritable, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, conjuntivas muy pálidas, piel seca y escamosa "rosario costal". Toda la estructura ósea se marca a través de la cubierta de piel que presenta lesiones por escabiasis. En el abdomen escaso panículo adiposo y hepatomegalia.

Los datos de laboratorio reportan: hemoglobina 8.8, hematocrito 26, leucocitos 18.750 y quistes de *Giardialamblia*.

3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

3.1 Ficha de identificación

Nombre del paciente: D.N.G.

Fecha de ingreso: 3/I/85

Edad: 3 años

Sexo: Masculino

Servicio: Pediatría

Cama: 265

Diagnóstico médico: Desnutrición de III grado.

OBJETIVOS:

- Identificar y jerarquizar los problemas del paciente para brindar la atención de enfermería adecuada a cada uno de estos y promover su recuperación.
- Planear las acciones específicas de enfermería con base a los problemas detectados.
- Aplicar los conocimientos científicos en la atención sistematizado y específica del padecimiento.
- Participar en coordinación con el equipo de salud en el restablecimiento de la salud y el nivel nutricional del niño.

- Orientar a la madre para la optimización de sus recursos y proporcione los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño.

Diagnóstico de Enfermería

Se trata de un pre-escolar masculino con peso de 8.085 gr. que corresponde a un niño de 8 meses en nuestro medio, forma parte de una familia integrada por padres adultos jóvenes casados a edades de 18 y 20 años y en catorce años han procreado 8 hijos cinco de los cuales estudian.

Viven en una escuela en una habitación con cocina y baño. Las diez personas duermen en esa habitación, tienen servicios públicos. El nivel socio-económico es muy bajo los padres trabajan de conserjes en esa escuela, pero sólo la madre aporta los ingresos económicos para el sostenimiento del hogar, por lo tanto la alimentación es deficiente en proteínas e insuficiente en cantidad. Los hábitos higiénicos para el cuidado del niño en la primera etapa de la vida han sido deficientes.

Es una familia desorganizada, el padre es alcohólico, gasta su dinero en el alcohol y en conquistar a otras mujeres, la madre es epiléptica no controlada, agresiva por lo que las relaciones entre la pareja son desarmónicas y la madre se encuentra constantemente en tensión, lo

que da lugar a crisis convulsivas, lo que deteriora la situación emocional, además la falta de alimentos tanto para ella como para los hijos hacen más difíciles las relaciones familiares, todo lo anterior fundamenta la falta de conciencia del problema de desnutrición del paciente ya que desde los primeros meses de nacido presenta cuadros diarréicos en forma intermitente. Las evacuaciones en ocasiones acompañadas con moco, otras con sangre y restos de alimentos. Cuadros repetidos de infecciones respiratorias y faringoamigdalitis.

El tratamiento para estos problemas ha sido con "remedios caseros".

Hace tres meses arrojó parásitos intestinales cuyas características corresponden a ascarides lumbricoides.

El ingreso al hospital es por un cuadro diarréico con evacuaciones acompañadas de moco, sangre, náuseas, vómitos y fiebre. Se observan las siguientes características: pre-escolar hipotrófico irritable, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, conjuntivas muy pálidas, piel seca y escamosa "rosario costal". Toda la estructura ósea se marca a través de la cubierta de piel que presenta lesiones por escabiásis. En el abdomen escamoso panículo adiposo y hepatolegalia.

Los datos de laboratorio reportan: hemoglobina 8.8, hematocrito 26, leucocitos 18,750 y quistes de *Giardialambia*.

PROBLEMA

3.1.1 Deshidratación Moderada

Manifestación del Problema

Sed mucosas secas

Signo de trapo mojado

oliguria, con orina concentrada

Fundamentación científica de los problemas

El agua es el principal componente de todos los organismos vivos un poco más de la mitad del agua corporal se encuentra localizada en el espacio intracelular y el resto está en el espacio extracelular.

Los líquidos extracelulares están contenidos en el espacio intersticial e intravascular.

Normalmente hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua el cual se mantiene por mecanismos hormonales de transporte activo a nivel celular por la presión oncótica y por ósmosis.

La salida y entrada de agua entre los espacios está regulada por dos fuerzas principales: la presión osmótica (producida por los electrolitos y las proteínas plasmáticas) y la presión hidrostática de la sangre que depende principalmente de la fuerza con la que la impulsa el corazón.

Los osmorreceptores del hipotálamo son sensibles a los cambios que se producen en la osmolaridad de los líquidos extracelulares, de manera que envían impulsos hasta la porción posterior de la glándula pituitaria (neurohipófisis) para que se libere la hormona antidiurética (ADH).

El mecanismo de la red integrado y de la liberación de hormona antidiurética a la sangre son los que mantienen el contenido normal de agua y la osmolaridad adecuada de los líquidos del organismo.

La red es el indicador fisiológico de la necesidad de líquidos en el organismo. El mecanismo por el que se manifiesta el deseo consciente de agua y depende del mecanismo regulador principal del ingreso de líquidos.

El líquido del espacio intersticial es el que tiene un desplazamiento mayor en los casos de aumento o disminución de los líquidos totales. En la deshidratación la pérdida se manifiesta por el signo de trapo mojado.

Una piel normalmente hidratada puede elevarse cuando se pellizca pero inmediatamente regresa a su lugar cuando es liberada. La piel deshidratada permanece en la posición de pellizco.

Si se secretan y liberan grandes cantidades de hormona anti-diurética, se producen pequeñas cantidades de orina muy concentrada.

Los niños excretan continuamente de 60 a 120 cc. por hora. Pueden considerarse dentro de límites normales volúmenes que varíen entre 30 y 500 cc. El volumen de orina depende de: el ingreso de líquidos, el volumen de agua que se pierde por otras rutas. Los niños excretan para su peso un volumen 3 ó 4 veces mayor que los adultos.

Acciones de Enfermería

- Insistir en la ingestión de líquidos por vía oral de 1500 cc. a 3000 ml. por día con una actitud paciente y afectuosa.

Responsable de la acción: Enfermera y auxiliar de enfermera.

- Control de líquidos, ingresos y egresos.

Responsable de la acción: Enfermera.

- Observar la frecuencia y el volumen de las emisiones de orina.

Responsable de la acción: Enfermera y auxiliar de enfermera.

Fundamentación científica de las acciones.

Mantener el ingreso regular de líquidos es la condición que permite la armonía de los procesos fisiológicos del organismo pues de ellas depende la constante del gasto urinario y el gasto cardíaco y la regulación del metabolismo de los nutrientes.

Por lo que es importante sostener el suficiente aporte de líquidos por vía oral ya que se facilita la inmediata restitución

de líquidos como primer medida desde el hogar, además se evita el riesgo de una sobrecarga del sistema circulatorio por exceso de líquidos por vía intra venosa.

La insistencia de esta medida es evitar la presencia de un colapso por deshidratación.

Para conservar el equilibrio del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua y de los electrolitos, estos en la siguiente distribución.

La cantidad total de líquido en el organismo representa el 50-70% del peso corporal. La distribución depende del contenido variante de los tejidos adiposos del organismo, los cuales se hallan casi libres de agua. En el recién nacido, el líquido corporal representa el 75%, descienden posteriormente hasta un 70% en la pubertad. El agua depende de modo libre por todo el organismo, pero en sentido funcional, puede considerarse como dividida en dos compartimentos, el extracelular y el intracelular; el primero con dos sectores: el intersticial y el intravascular o plasmático.

El líquido intracelular representa aproximadamente el 40 - 50% del peso corporal, el intersticial el 15% y el intravascular o plasmático el 5%.

El agua de los tres compartimentos contiene gran cantidad de electrolitos disueltos en concentraciones variables en mili equivalente.

IONES	PLASMA	LIQUIDO INTERSTICIAL	LIQUIDO INTRACELULAR
NA	138-145	130	15 - 20
Cl	95-105	110	6
K	3.5-4.5	5	115

Evaluación

Se observan mucosas orales hidratadas, así como llanto con lágrimas.

Presencia de diuresis.

PROBLEMA

3.1.2 Gastroenteritis

Manifestaciones del Problema

Evacuaciones frecuentes de consistencia líquida, pérdida de la turgencia de la piel, sed.

Fundamentaciones científicas del problema

La diarrea es un trastorno en la motilidad y absorción intestinales que, una vez iniciado y cualquiera que haya sido su origen, puede mantenerse por si mismo al provocar una deshidratación y una intensa perturbación celular que a su vez favorece la emisión de deposiciones líquidas, así como la pérdida de electrolitos.

La diarrea se caracteriza por el tránsito rápido normal del contenido alimenticio por el tubo digestivo, lo cual impide su completo metabolismo y absorción, por lo tanto aumenta la cantidad total de agua en las heces y en ocasiones también se observan alimentos sin digerir, su consistencia se torna semilíquida o líquida al aumentar también la frecuencia de expulsión.

En algunos niños se puede presentar esteatorrea con heces espumosas abundantes. Ocasionalmente se presenta, dolor abdominal y adolorimiento, con algunos síntomas generales.

Los organismos generalmente habitan en el duodeno y el yeyuno. La característica diagnóstica es la presencia de los organismos en el líquido duodenal aspirado o en las heces frescas, de las formas vegetativas en las heces diarréicas y

de los quistes en las heces sólidas. La frecuencia y consistencia de las evacuaciones no tiene relación con el número de organismos que se observan en la muestra fecal.

Las características de las evacuaciones varían de acuerdo con el tipo de alimentación.

La Giardia lamblia es un protozoo que se encuentra con mayor frecuencia en el niño y aún en el lactante, da origen a diarrea generalmente benigna pero muy prolongada cuando su proliferación en el intestino es importante.

- Puede deberse a trastornos psicógenos, ejem. "diarrea nerviosa", "colitis espástica, ...
- Trastornos intestinales: Enteritis viral, amibiasis, intoxicación por metales pesados, uso continuo de catárticos, carcinoma, ... infecciones por salmonella, shigella, E. coli, giardia y parasitosis.
- Mala absorción: como es el caso del celíaco, vagotomía, síndrome de intestino corto, ...
- Padecimientos pancreáticos: insuficiencia pancreática, tumores endócrinos pancreáticos, ...
- Síndromes colestáticos: atresia biliar.
- Enfermedades neurológicas: espina dorsal y neuropatía diabética.

- Enfermedades metabólica: hipertiroidismo.
- Enfermedad por inmuno-deficiencia: deficiencia de Iga.
- Desnutrición: Marasmo, Kwashiorkor.
- Alergia alimentaria.
- Factores dietarios: ingestión excesiva de fruta fresca.
- Diarreas provocadas: mala técnica alimenticia, ingestión excesiva de laxantes.
- Causa desconocida.

Acciones de Enfermería

1. Proporcionar régimen dietético y conservador.
2. Reposición del déficit de agua y electrolitos.
3. Vigilar y reportar número y características de evacuaciones.
4. Ministración de medicamentos (metronidasol c/8 horas por diez días).
5. Cambio de pañal cuantas veces sea necesario.
6. Cuidado de la piel del área genital y lubricación con aceite mineral o baselina.

Fundamentación de las acciones

La alimentación será de alto valor energético e hidratante debido a la hiperactividad del tubo digestivo, mientras dura la etapa crítica de la diarrea no se darán alimentos, únicamente se repondrán los líquidos y electrolitos de acuerdo a los requerimientos del paciente. Después de un período de ayuno corto se iniciará la ingesta proporcionando únicamente mezclas de agua, glucosa y electrolitos. Si no reaparece la diarrea se dará al niño leche a media dilución, todos los alimentos se proporcionarán en forma diluida y en pequeñas cantidades, poco a poco se irán incrementando la concentración y la cantidad hasta llegar a la cantidad normal según los requerimientos del niño, ya que éste necesita alimentos plásticos, energéticos y reguladores.

Individualmente la piel varía en cuanto a su resistencia hacia las lesiones. Los factores que alteran esta resistencia son:

- La salud general de las células, que está determinada por una circulación adecuada, por una buena nutrición.
- La cantidad de tejido subcutáneo (cuando falta tejido subcutáneo sobre las prominencias óseas, la presión

sobre éstas interrumpe rápidamente el flujo sanguíneo).

- El grado de hidratación.

Los tejidos deshidratados como los edematosos tienden a ser más propensos a sufrir lesiones traumáticas.

La dermatitis amoniacal de los pañales se forma por pápulas rojas que pueden llegar a causar pequeñas úlceras. La piel se encuentra irritada por el amoníaco que se produce al desintegrarse la urea por las bacterias de la piel o de la ropa.

La maceración de la piel es producida por una humedad continua. La piel se reblandece y se arruga y disminuye la resistencia a las lesiones e infecciones.

La dermatitis es la inflamación de la piel producida por la sensibilidad a irritantes externos o internos.

La respuesta inflamatoria se manifiesta por eritema, edema, ampollas, exudados, costras, descamación, liquenificación, fisuras e hiperpigmentación (cuando ocurre este tipo de respuesta inflamatoria en relación a alérgenos, frecuentemente se denomina eccema).

Las causas inmediatas son irritantes específicos como agentes químicos, microorganismos, polvos y radiaciones.

La dermatitis por contacto es producida por el contacto con los irritantes existentes en el medio ambiente. Las lesiones se limitan al área de contacto con el agente irritante, la mayor parte de estas son producidas por agentes químicos (por ejem. cosméticos, jabones, lana, plantas como la hiedra venenosa).

Las reacciones más frecuentes que provoca el metronidazol son anorexia, malestar y dolor gástrico, náuseas y diarrea; en ocasiones produce mal sabor de boca, urticaria, malestar y dolor vaginal y uretra, vértigo, dolor de cabeza y muy raramente oscurecimiento de la orina y leucopenia.

Responsable de la acción

Enfermera

Dietista

Auxiliar de enfermería

Evaluación

Normalización del peristaltismo.

Las evacuaciones han disminuído y son pastosas.

PROBLEMA

3.1.3 Desnutrición de III Grado

Manifestación del Problema

Peso de 9,085 grs. que representa un déficit de 64.8%, por lo que se considera desnutrición de III grado.

Fundamentación científica

El niño debe aumentar en el primer año de vida: en el primer cuatrimestre 750 grs. por mes; en el 2º cuatrimestre 300 grs. por mes y en el tercer cuatrimestre 250 grs. por mes; a partir de los dos años debe aumentar de 1500 grs. a 2000 grs. por año. Para hacer el cálculo de peso se puede utilizar la siguiente regla:

Edad por 2 + una constante de 8.

El hombre como 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.

Las células del organismo reciben los nutrientes necesarios de los alimentos que se consumen, cuando el aporte disminuye o se suprime, se utilizan reservas; si ello persiste entre en balance negativo de materia y por ende, la energía.

Se consideran signos universales de la desnutrición: la dilución, modificaciones homeostáticas, hipofunción modificaciones funcionales, atrofia modificaciones anatómicas.

Los dos primeros signos son básicamente de apreciación por medio de exámenes de laboratorio.

Dilución es el signo más universal; se ha demostrado que si el agua en el niño bien nutrido representa el 78% del peso (libre de grasa), en los desnutridos las cifras varían del 81 al 87%.

Distribución en los diferentes compartimentos:

- Extracelular: es el compartimento más afectado y en proporción directa con la pérdida de peso, cuanto más intensa sea ésta, más aumenta el espacio extracelular.

- Intracelular: en el músculo y la piel del desnutrido existe un exceso de agua, más aparente en el edematoso y presente aún durante la deshidratación.
- Intravascular: el cuadro se caracteriza por hipoosmolaridad, hiponatremia, niveles bajos o normales de potasio en sangre, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hipocloremia relativa o hipercloremia, cuando existe carencia de potasio, el magnesio, zinc y fósforo, así mismo bajos, lo cual está importantemente relacionado con la edad, dieta y desplacón de proteínas.
- Electrolitos extracelulares: existe descenso en las cifras de potasio, magnesio y fósforo con elevación de sodio y cloro.
- Proteínas sanguíneas: la concentración de proteínas en el plasma depende en última instancia del balance de síntesis -distribución pérdidas- bien sea éstas por catabolismo o por eliminación.

En la desnutrición la desproteïnemia se caracteriza por hipoalbuminemia (aporte insuficiente y deficiente síntesis).

Las alteraciones de las proteínas plasmáticas varían de acuerdo con la intensidad de la desnutrición, los niveles bajos se encuentran en los desnutridos edematosos, especialmente en

los preescolares en los que el déficit llega al 50%, con niveles de uno a dos gramos por 100 ml. (Kwashiorkor).

- Alfaglobulinas: se encuentran disminuídas en los edemas y los niveles son más bajos a mayor edad.
- Betaglobulinas: sus niveles son bajos independientemente de que exista edema o del tipo, la intensidad o cronicidad de la desnutrición.
- Gammaglobulinas: en el niño normal se elevan a cifras mayores de 1 g. por 100 ml. en el primer año y a 1.5 por 100 ml. después de los cuatro años, en presencia de infección en el desnutrido esta cifra puede elevarse, con detrimento de la síntesis de otras proteínas lo que desencadena el edema en un momento dado.
- Globulinas totales: las cifras son bajas en todos los tipos de desnutrición; sobre todo cuando hay edema.
- Proteínas totales: en los niños severamente desnutridos las proteínas se encuentran bajas, en mayor grado en el edematoso (Kwashiorkor).
- Hipofunción: pueden observarse alteraciones funcionales en todos los niveles.

En el aparato digestivo la desnutrición provoca el aplanamiento de las vellocidades intestinales, lo que disminuye importantemente la superficie; con ello la disminución del número de células capaces de efectuar la síntesis de enzimas, lo que aunado a la dificultad en la incorporación del D.N.A. (ácido desoxirribonucleico) en las células epiteliales intestinales, explica la deficiencia en la capacidad para la utilización de los nutrientes aportados y origina el síndrome de la mala absorción.

Las alteraciones tisulares y enzimáticas de la pared intestinal conducen a una inadecuada utilización de la dieta, lo que puede llevar a la hipglicemia, la cual aumenta durante los procesos infecciosos.

En la desnutrición existe deficiente utilización de las grasas, con disminución de su absorción.

La deficiente absorción se traduce por esteatorrea y está condicionada por la dificultad del paso de los quilomicrones a la linfa, por la saturación de las células de la pared intestinal.

Caracterizan al desnutrido los niveles bajos de colesterol de fosfolípidos.

El niño desnutrido utiliza bien las proteínas de origen animal a pesar de que haya diarrea y del contenido bajo de tripsina del líquido duodenal, así como la reutilización de los aminoácidos liberados por el catabolismo tisular.

La formación de anticuerpos se encuentra disminuida, no en su elaboración por las células, sino por la reducción del número de células formadoras.

El desnutrido tiene niveles buenos o superiores de gamaglobulina y lo que es más en presencia de infección la síntesis de anticuerpos se eleva importantemente, aunque bajen los niveles de albúmina, lo que explica la instalación brusca del edema.

La deficiente absorción de las grasas implica disminución de la absorción de las vitaminas liposolubles lo que origina ceguera nocturna, xeroftalmia, desmineralización ósea, hipoprotobinemia...

La deficiente absorción de las vitaminas hidrosolubles condiciona anemia, polineuritis, pelagra, neutropenia.

Hay descenso del peso por baja del contenido de grasa y disminución de la masa muscular, primero son afectados los miembros, en especial los superiores y después los inferiores, disminuye más el peso que la talla lo que indica la desarmonía de las manifestaciones de la desnutrición.

Acciones de Enfermería

Insistir en la ministración de dieta hiperprotéica e hipercalórica.

Ministración de polivitaminas 10 gotas orales cada 12 horas, sulfato ferroso 3 ml. 2 veces al día.

Peso diario.

Proporcionar afecto.

Asesorar a la madre sobre los alimentos requeridos.

Fundamentación científica de las acciones

Insistir en la alimentación con paciencia y cariño. Si se ofrecen grandes cantidades de alimento al principio, el niño presenta diarrea, se empezará con alimentos diluídos y de fácil digestión, que se irán aumentando según tolerancia, como

por ejemplo: leche entera en polvo 12 g., más 10 g. de azúcar por kilogramo de peso por día, diluir en 100 a 150 ml. por kilogramo al día (agua hervida) repartir la cantidad en cinco o seis tomas en 24 horas. Alimentación complementaria 500 kilo calorías, repetidas en 3 tomas (120 kc. en la mañana y en la noche).

Las vitaminas son sustancias esenciales para el mantenimiento de la funciones metabólicas normales.

Las polivitaminas se utilizan como complemento alimenticio y están compuestas de vitaminas hidrosolubles como las del complejo B y la C y vitaminas liposolubles como la A, D, E y K.

El sulfato ferroso mejora el cuadro hemático y otros síntomas característicos de la anemia hipocrómica, tales como trastornos epiteliales en la lengua, disfagia, distrofia de las uñas y de la piel y grietas en las comisuras labiales.

Con la ministración del sulfato ferroso por vía bucal una semana después de iniciada la terapéutica, la hemoglobina circulante tiene que aumentar aproximadamente 0.1 a 0.3 g. por 100 al día, cuanto menos intensa la anemia, menor al incremento diario.

Lo realizará la misma persona, a la misma hora y en la misma báscula para evitar errores en la valoración ya que en la recuperación nutricional, previamente desciende de peso el niño por la pérdida del edema.

El aumento de peso se manifiesta primero en el aumento de las masas musculares, en la cara que da la apariencia de cara de luna llena, estas manifestaciones clínicas se inician aproximadamente 15 días después de que se inicia el aumento de peso con un máximo de intensidad al mes y decrece paulatinamente en un lapso aproximado de los tres meses.

El preescolar necesita un enlace afectivo a una persona; en quien pueda confiar de quien responderá a sus llantos y les dará una sensación de seguridad, de bienestar, amor y cuidado, a través de hablarle con tono dulce tranquilizador de mimos y caricias.

Al egreso del paciente la nutricionista junto con la enfermera enseñó a la madre a utilizar sus recursos, sustituyendo alimentos caros por otros más económicos que contengan los requerimientos nutricionales.

Responsable de la acción

Personal de enfermería.

Nutricionista

Evaluación

Fue en forma satisfactoria, con aumento de peso ostensible, egresa con un peso de 13:00 kilogramos.

PROBLEMA

3.1.4 Anemia

Manifestaciones del problema

Hemoglobina 8.8 Hematocrito 26

Palidez de piel y mucosas.

Fatiga, irritabilidad y retardo en el desarrollo.

Fundamentación científica del problema

La anemia es una reducción de la concentración de hemoglobina o eritrocitos circulantes como resultado de producción reducida de los mismos, menor síntesis de hemoglobina por los precursores eritrocíticos, aumento de la destrucción de eritrocitos y pérdida de estos en la circulación.

La formación de hematocitos (hemopoyesis) ocurre normalmente en la médula ósea, pero también puede efectuarse en ganglios linfáticos o hígado o bazo (rara vez). Las células madre son las células primitivas multipotenciales capaces de duplicarse por sí mismas y diferenciarse, producen cuatro tipos de hematocitos.

La célula de programación eritrocide pasa por las siguientes fases: eritoblasto, reticulocito y eritrocito. La célula de programación megacaroide se convierte en megacarioblasto, megacariocito y, por último, plaqueta. La célula de programación mieloide se convierte en mieloblasto, promiclocito y granulocito (basófilo, eosinófilo o neutrófilo). Esta misma célula pasa por las etapas de linfoblasto y linfocito (célula B o célula T).

La función primaria del eritrocito es el transporte de oxígeno hacia los tejidos por medio de una proteína que contiene una molécula de hierro llamada hemoglobina (Hb). La regulación de la producción de eritrocitos pasa por las siguientes etapas:

1. La culminación de la oxigenación tisular produce hipoxia.

2. Los riñones secretan eritropoyetina como reacción a la hipoxia.
3. La eritropoyetina se transporta por la sangre hacia la médula ósea y estimula la producción de eritrocitos.

Las funciones primarias del eritrocito son:

1. Defensa contra la infección bacteriana (monocitos, neutrófilos y basófilos).
2. Defensa contra las infecciones bacterianas y virales por medio de linfocitos (inmunidad mediada por células B).
3. Defensa contra las infecciones virales y micóticas y contra los parásitos, las células cancerosas y el tejido extraño por medio de linfocitos (inmunidad de célula T).
4. Anticoagulación, es decir, secreción de heparina (basófilos). (25)

(25) E.A. Mahoney. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. pp. 664-677

La deficiencia de hierro en la forma más común de deficiencia nutricional y la causa más frecuente de anemia.

Acciones de Enfermería

Toma de muestra de sangre para laboratorio y para citología hemática.

Transfusiones de sangre fresca 200 cc.

Valorar reacciones por transfusión.

Sulfato ferroso 1 gragea cada 12 hrs.

Fundamentación científica de las acciones de enfermería

Determinar el porcentaje del volumen de eritrocitos concentrados en la sangre total en el varón; 40 a 54% en la mujer 38 a 47%. Las cifras normales de hemoglobina pigmento portador de oxígeno de los eritrocitos son en el varón de 13.5 a 18 g. y en la mujer 12.0 a 16.0 g. se encuentra disminuido en anemia.

El hematocrito normal es de

La terapéutica con transfusiones se reserva para los niños que presentan niveles de hemoglobina extremadamente bajos por lo que están al borde de la insuficiencia cardiaca congestiva o padecer una infección aguda grave. La sangre total se administrará lentamente en dosis que no excedan de 10 ml. por Kg.

las reacciones "más comunes que puede presentar el paciente que se transfunde son escalofrío, urticaria, náuseas y vómito.

El hierro se administra con el alimento incluso disuelto en leche, aunque la absorción es mejor cuando se da entre comidas aunque provoca irritación gastrointestinal.

Responsable de la acción

Enfermera

Evaluación

La citología hemática reporta cifras normales.

PROBLEMA

3.1.5 Éscabiasis

Manifestación del problema

El aspecto es muy polimorfo como un cielo estrellado con estrellas de distinta magnitud: pápulas, vecículas, costras hemáticas fundamentalmente en todo el cuerpo con predominio de piel cabelluda, palmas, plantas de los pies y pliegues del cuerpo.

Prurito

Fundamentación científica del problema

Es una parasitosis cutánea producida por el *Sarcoptes scabiei var hominis*.

La hembra del parásito que mide no más de 0.35 mm. labra un túnel, este se encuentra a nivel de la capa córnea, no pasa de ella y la hembra ahí fecundada por el macho que muere poco después, deposita sus huevecillos, entre 15 y 50 . La hembra no podrá salir debido a que su cuerpo tiene unas espículas que le impiden dar marcha atrás. Los huevecillos dan origen a larvas las cuales por sus movimientos rompen el techo del túnel y salen a la superficie cutánea alojándose en los folículos pilosos y da origen a las ninfas y a los parásitos adultos que diferenciándose en macho y hembra, completan el ciclo al

realizarse la fecundación. El ciclo dura unos 14 días.

Afecta a cualquier persona, de cualquier edad y sexo y a todas las clases sociales aunque es más frecuente en personas en que priva el desaseo y la promiscuidad, se presenta cíclicamente, se dice que suele aparecer cada 10 o 12 años al originar pequeñas o grandes epidemias; declina sin saberse el por qué y desaparece otros tantos años. Se considera una enfermedad familiar, de asilos, escuelas, cárceles y cuarteles y ha llegado a afectar hasta el 90% de la población de pequeños pueblos, por su alta transmisibilidad.

El rascado produce impetiginización y por tanto pústulas y costras melicéricas.

Cuando sucede en los espacios interdigitales, el paciente no puede cerrar sus dedos por la presencia de las pústulas y el dolor por lo que se presenta a la consulta con las manos en alto y los dedos separados como lo hace un cirujano al entrar a la sala de cirugía antes de ponerse los guantes (signo del cirujano), esto se observa sobre todo en los niños. En casos de intensa impetiginización en casi todo el cuerpo en los niños es importante por el peligro de una glomerulonefritis.

Un paciente habitualmente no tiene en su cuerpo más de 10 parásitos y sin embargo el número de lesiones dermatológicas es muy grande. Esto es por que la agresión del parásito no es sólo por su presencia sino por la hipersensibil ad que originan sus productos de deshecho. Por ello es válido considerar a escabiasis una enfermedad parasitaria y reaccional a la vez.

Prurito, sensación cutánea molesta que produce deseo de ras-arse es un problema frecuente en individuos que sufren trastornos cutáneos, en ocasiones el prurito es tan intenso que produce en los niños y en general en la familia insomnio, intranquilidad, afecta el estado general de los pacientes a más de una verdadera neurosis e inclusive una acarofobia.

Acciones de Enfermería

Baño diario.

Ministración de benzoato de bencilo al 20% (bálsamo del Perú) durante 7 días.

Cambio de ropa del paciente y de cama diariamente.

Tratamiento a toda la familia tengan o no sintomatología.

Conservar un ambiente fresco.

Brindar actividades de diversión.

Aliviar la ansiedad.

Corte de uñas.

Fundamentación científica

La fricción que se da durante el baño y el agua caliente favorece que se dilaten los túneles donde se encuentra la hembra y pueda penetrar el medicamento (benzoato de bencilo).

El benzoato de bencilo es una sustancia relativamente inocua que en alta concentración es tóxico para el acarus scabias, se utiliza en loción al 25%, ésta se aplica a todo el cuerpo, previo baño, una vez seca la primera aplicación, se extiende una segunda capa, que se quita 24 horas después lavando la piel.

La piel, órgano de mayor tamaño del cuerpo humano, es una barrera entre los órganos internos y el ambiente externo. Está compuesta por tejido que crece y se renueva continuamente. (26)

Como sistema corporal más fácilmente accesible, la piel es indicador sensible de los diversos estados físicos y emocionales. La piel suave y de color uniforme elástica y ligeramente húmeda indica nutrición y estado de líquidos adecuados. El estado de la piel identifica la higiene personal.

La sociedad otorga gran valor a la piel de aspecto sano. Esta es una parte muy importante del concepto que tiene el individuo sobre su imagen, lo mismo de la imagen que presenta al mundo.

Educar a la familia con claridad y detalles sobre el tratamiento y así como de las medidas higiénicas.

El prurito ocasiona el rascado y este produce lesión cutánea.

Responsable de la Acción

Enfermera y Auxiliar de Enfermera.

Evaluación

Se ha vuelto mínima la ansiedad del paciente. Se ha aliviado el prurito. Las lesiones cutáneas han desaparecido.

PROBLEMA

3.1.6. Parasitosis Intestinal Ascaris

Manifestaciones del problema

Eliminación de ascaris en las evacuaciones, anorexia, dolor abdominal, diarrea crónica, pérdida de peso.

Fundamentación científica del problema

Las condiciones ecológicas en que vive el paciente, los hábitos higiénicos deficientes de la familia son fundamentales para adquirir una parasitosis.

Esta problemática es una ruptura en el equilibrio huésped agente-ambiente y junto con la desnutrición, es propia de los pueblos subdesarrollados.

La lombriz, ascaris lumbricoides, es un parásito cosmopolita del humano. En los lugares que existe la defecación al aire libre, los huevecillos se diseminan en la tierra donde permanecen viables por largos períodos. Los huevecillos contaminan a los alimentos, las manos, los juguetes... y son diglutidos, para luego madurar en la parte superior del intestino delgado. Las larvas que escapan de ellos penetran en la pared intestinal y a través de la circulación porta y el lado derecho del corazón, llegan a los capilares pulmonares. Penetran a los alveólos, son expulsados hacia la

faringe por la tos y son diglutidos, llegan a formas adultas en el intestino delgado. (27)

Las endotomas de las capas patógenas y la presencia de parásitos provocan reacción inflamatoria de la mucosa gastrointestinal, que junto con la fiebre producen anorexia.

Acciones de Enfermería

Estimular la ingestión de alimentos con actitudes amables.

Observar las evacuaciones para detectar la expulsión de ascaris.

Ministración de Piperacina 2.5 ml. cada 12 hrs.

Recolectar muestras para coproparascitoscópico.

Educación higiénica a la madre o persona responsable del niño.

Fundamentación científica de las acciones

El diagnóstico se hace por la demostración de huevecillos

(27) Kempe opcit p. 889

en la materia fecal que miden aproximadamente 45 x 60 mm., con una capa externa, intensamente mamilada de color pardo (teñida por bilis), una capa media gruesa y una capa interna delicada que cubre la célula, huevo que es densamente granuloso, además de la expulsión de ascaris.

El apetito se modifica por el estado emocional del niño.

La acción de la Peperacina sobre el ascaris es la parálisis muscular con la consiguiente expulsión del gusano por los movimientos peristálticos del intestino.

La Piperacina se absorbe rápidamente por el tubo digestivo, por lo que es eficaz contra un parásito que se aloje en el intestino grueso. Una parte de la Piperacina absorbida se degrada en el intestino y el resto se excreta por la orina.

Los efectos colaterales de la Piperacina son: en muy raras ocasiones el medicamento ha provocado alteraciones gastrointestinales, trastornos nerviosos transitorios y urticaria.

El lavado de manos después de ir al baño, antes de manejar alimentos, así como el lavado de verduras al chorro de agua es importante en la prevención de la ascariasis.

Responsable de la acción

Enfermera

Auxiliar de Enfermera

Evaluación

Exámenes de laboratorio negativos.

PROBLEMA

3.1.7. Separación Materna.

Manifestación clínica del problema

Rechazo al alimento

Indiferencia

Apatía

Razón científica del problema

La percepción de una situación está influenciada por factores internos y externos.

El equilibrio psicológico del individuo requiere la conservación de un organismo integrado y cuyo funcionamiento sea adecuado.

Para obtener y mantener el equilibrio psicológico una persona tendrá relaciones satisfactorias con otros seres humanos, tanto de manera individual como en grupos.

La sensación de sentirse atendido por otra persona o personas es necesaria para la homeostasis psicológica.

Las actitudes y los actos de los demás que indican que el individuo merece atención, ayuda o interés, contribuyen a que se sienta atendido.

La separación brusca de la madre propicia agresión, que se manifiesta en proporción a experiencias desagradables tales como obstáculos en la comida y la falta de los cuidados maternos.

Acciones de Enfermería

Favorecer un ambiente agradable y proporcionar terapia afectiva en todo momento.

Razón científica de las acciones

El ser humano requiere ser amado y necesario para tener un aliciente.

Es necesario prodigarle cuidados, acariciarlo, tomarlo en brazos para que no adquiriera una sensación de soledad y abandono.

Responsable de la acción

Personal de enfermería y padres de familia.

Evaluación

Se logró dar tranquilidad al niño a través de la terapia afectiva y del acercamiento físico de la madre.

PROBLEMA

3.1.8. Hacinamiento

Manifestación del problema

Habitar 8 personas en una misma habitación

Razón científica de las manifestaciones

El bajo nivel socioeconómico condiciona que una vivienda sea compartida con muchas personas. Adquirir una vivienda donde se disponga del espacio necesario requiere de obtener un ingreso mayor al salario mínimo.

Acciones de Enfermería

Informar a la familia de la conveniencia de aprovechar al máximo el espacio habitacional.

Razón científica de las acciones

El hacinamiento tiene influencia negativa para el desarrollo del ser humano, vivir en situaciones habitacionales pobres o miserables influye en la motivación.

Plauk identificó cuatro consecuencias del hacinamiento que afectan principalmente a los niños:

1. Desafío al sentido de la individualidad; debido a que el niño rara vez se encuentra solo, no puede aprender a verse a sí mismo para buscar la satisfacción real de la vida.

2. Alentando a las ilusiones que de otras personas tiene el niño el nacimiento provoca inevitables contactos con las debilidades de los adultos, por lo que al niño se le hace difícil identificarse con padres ideales.
3. Temor a cualquier alusión acerca del sexo; el nacimiento hace que el aspecto físico de la vida sexual sea preponderante sobre su aspecto conceptual; como expresión primordial de las relaciones interpersonales.
4. Dificultad para el conocimiento objetivo del mundo y sus problemas. (28)

Otros de los efectos del nacimiento y la distribución de la casa, son la fatiga y el dormir poco; el nacimiento produce también irritación e interrupciones y éstas, a su vez hacen que el sujeto tenga un desgaste de energía que produce fatiga.

Otra consecuencia es que los miembros de la familia pasan la mayor parte del tiempo fuera de su casa, sobre todo los niños, lo que favorece que no estudien y no estén al alcance del control paterno.

(28) Cueli, José. Dinámica del marginado I, Teoría Psicosocial del marginado. p. 29

Responsable de la acción

Enfermera y trabajadora social.

Evaluación

Es difícil para la familia resolver el problema del hacinamiento, pues los padres viven dentro de la escuela en donde son conserjes y perciben el sueldo mínimo. Además de que la única que aporta dinero para los gastos de la familia es la madre.

PROBLEMA

3.1.9 Madre Epiléptica

Manifestación del problema

Crisis convulsivas tónico clónicas.

Fundamentación científica del problema

Las características de estos enfermos es que presentan crisis de varios tipos con tendencia a reproducirse con una frecuencia variable. En el curso de estas crisis tienen lugar bruscas modificaciones del estado de conciencia que pueden acompañarse

o no de movimientos convulsivos.

Los epilépticos padecen un trastorno cerebral reflejado en el electroencefalograma, que determina modificaciones de la personalidad y, a veces, incluso enfermedades mentales agudas o crónicas.

El mecanismo cerebral del paroxismo epiléptico consiste en una descarga masiva de neuronas cerebrales generalizada en ambos hemisferios o bien localizada en una zona determinada. Esta descarga neuronal paroxística produce ligeras corrientes eléctricas en la superficie del cráneo, que son recogidas, ampliadas y registradas en un electroencefalograma.

La crisis del gran mal comprende:

- Una brutal pérdida de conciencia
- La fase tónica
- La fase clónica
- La fase estertorosa y el despertar

Los epilépticos pueden presentar, además de los paroxismos convulsivos, accesos confusionales con onirismo, que duran algunas horas o algunos días.

A veces el acceso se manifiesta sólo por el atontamiento, la perplejidad, así como por las respuestas lentas y lejanas del enfermo, que parece indiferente al entorno. Este estado que se inicia bruscamente para prolongarse durante algunas horas o días, y del que el enfermo no guarda recuerdo alguno, se denomina estado crepuscular. Durante estos estados puede suceder que el enfermo libere sus tendencias agresivas.

Junto a estos trastornos característicos de la epilepsia se pueden observar otros trastornos más triviales, tales como estados maniacodepresivos, delirios crónicos, estados demenciales y estados de retraso mental.

El epiléptico vive su crisis como una especie de descarga de un estado de tensión. Se puede confirmar esta hipótesis por la relación entre las fases de reaparición de los trastornos de carácter que coinciden con las fases de suspensión de las crisis por los medicamentos anticonvulsivos clásicos y las fases de crisis relacionadas con mejoría del carácter.

El problema más característico de estos enfermos, es quizá su lentitud en cualquier proceso intelectual (bradipsiquia). También están afectadas la memoria y la atención, pero estas deficiencias son muy variables de un período a otro.

Este carácter variable se encuentra de nuevo en el terreno afectivo. El enfermo se muestra melancólico - inactivo, con el habla y gesticulación lentas, retraído y muy ligado a sus parientes y objetos propios, con grandes prejuicios morales y religiosos y a veces excitado, explosivo y violento, metiéndose con todo el que le rodea. En definitiva la personalidad epiléptica parece oscilar entre la viscosidad característica de su habitual conducta y la explosividad manifiesta en las crisis paroxísticas.

Acciones de Enfermería

Hacer partícipe a la familia del tratamiento de la señora.

Responsable de la acción

Médico

Enfermera

Fundamentación científica de las acciones de enfermería

Enseñar a la familia que durante las crisis se mantendrá el cuello de la enferma en hiperextensión para prevenir la asfixia, se colocará un taquete para evitar mordeduras, colocar alguna prenda de vestir doblada a modo de cojín bajo

la nuca del enfermo a fin de prevenir una herida en su cabeza, cuando haya terminado la crisis cambiar rápidamente al enfermo y se le coloca en la cama para que repose durante algunas horas.

Evitar actitudes extremas de protección o rechazo. Un ambiente tranquilo es lo más favorable para ellos. Cualquier tipo de excitación (emociones, ambiente de desorden, frustraciones, ...) favorece la aparición de nuevas manifestaciones comociales.

La acción terapéutica alcanzará al medio familiar. La enfermera enseñará a la familia a desdramatizar la enfermedad epiléptica y a evitar una irregularización excesiva del enfermo, tendrá que procurar que se dé al enfermo epiléptico un trato igual al de los demás.

Evaluación

La señora acepta asistir a consulta para obtener tratamiento médico.

PROBLEMA

3.1.10 Padre Alcohólico

Manifestación del problema

Inseguridad, irresponsabilidad, agresividad.

Fundamentación científica de las manifestaciones:

El alcohólico está afectado de una enfermedad, ya que no ha podido adaptar su personalidad a una acción tóxica exógena, el alcohol.

El alcohólico no depende sólo de la cantidad de bebida que toma al día, aunque en general las cantidades de alcohol por estos enfermos son excesivas. La diferencia entre el alcohólico y el que no lo es, estriba en que el alcohólico, después de haber tomado una cantidad de bebidas alcohólicas, siente la necesidad de volver a beber.

Alcohólico es aquel que, tras una primera consumación, siente la irresistible necesidad de continuar bebiendo. Esta "pérdida de libertad" o esta dependencia hacia el consumo de alcohol es el criterio esencial de toda definición de alcoholismo.

Uno de los primeros efectos del alcohol es anular ciertos controles, reducir la autocrítica, el juicio y dar un comfortable

sentimiento de seguridad y de autoconfianza, a un cierto nivel, el alcohol es un tranquilizante. Esta supresión de las inhibiciones permite la libre expresión de las pulsiones afectivas normalmente reprimidas y de ahí que, frecuentemente, los sujetos alcohólicos expresan sentimientos hostiles y agresivos que guardaban en su interior al precio de una tensión interna, que siente a continuación un gran alivio. Pero cuando cesa la acción del alcohol reaparece la tensión a menudo más vivamente, a causa del sentimiento de culpabilidad y del temor a las represalias que suceden a sus manifestaciones de agresividad. El alcohol se hace entonces necesario, una vez más, para vencer la tensión, y así se cierra el círculo vicioso de la espiral sin fin en la que se encuentra encerrado al enfermo.

Por lo general los sujetos que llegan a depender del alcohol poseen una personalidad con dificultades en sus relaciones sociales. Normalmente la conducta alcohólica aparece en sujetos con una personalidad débil, como si su desarrollo afectivo no hubiera llegado a su madurez y tuviera un índice muy bajo de tolerancia a la frustración y la ansiedad. El sujeto tiene permanentemente una gran dificultad para asumir sus responsabilidades de adulto. Son de carácter inquieto, tímidos, con un sentimiento de inferioridad y

de inseguridad en sus relaciones personales, aunque desean, no obstante tener una mejor imagen de sí mismo, sin necesidad de desplegar la energía que para ello hace falta. (29)

Acciones de Enfermería

Psicoterapia individual y de grupo.

Responsable de la acción

Médico psiquiatra

Enfermera

Fundamentación científica de las acciones

La finalidad del psicoterapeuta consiste en reforzar la personalidad del enfermo, ayudándole a tomar conciencia de las tensiones emocionales que se había acostumbrado a evitar recurriendo al alcohol, esto permite al alcohólico reorganizar su vida y afrontar sus problemas sin hacer uso del alcohol.

Cuanto más participe la enfermera en la psicoterapia explicativa, mejor prestará el necesario apoyo, para ello le será

(29) Bernard Paul. Manual de A.T.S. Psiquiátrico pp. 133

preciso un buen conocimiento de la historia individual del enfermo.

Normalmente, el enfermo no admite el carácter nocivo del alcohol más que tras un largo período de tiempo durante el cual frecuentes entrevistas le ayudarán a una toma de conciencia y a un examen crítico de su pasado.

Evaluación

El padre del niño acepta incorporarse al grupo de Alcohólicos Anónimos formado en el hospital.

PROBLEMA

3.1.11 Nivel Socio-económico bajo

Manifestación del problema

Situación económica deficiente, que repercute en su estado nutricional e higiénico y en su modo de vida.

Fundamentación científica del problema

La economía de un pueblo y los factores que la determinan hacen que el individuo, familia y sociedad en que viven tengan o no satisfactores adecuados para sus necesidades, tales como la satisfacción del hambre, la que satisfecha adecuadamente o no, dará estados nutricionales normales o carenciales en los individuos de una sociedad, así como también carencias de techo y abrigo que se traducen en falta de urbanismo, promiscuidad, hacinamiento, pérdida de la autocritica, de la dignidad, perversión, prostitución y en última instancia crimen, a las que se suman carencias de facilidades para la educación, aumento de analfabetismo, bajo rendimiento escolar, aparición de sentimientos de inferioridad y complejos psicológicos y por último un nivel cultural pobre. Estos son algunos de los factores que intervienen en el proceso salud enfermedad de un niño durante su crecimiento y desarrollo.

Acciones de Enfermería

Orientar a la familia para que detecten oportunamente problemas que puedan interferir en el equilibrio del proceso salud enfermedad y concientizarlos de la importancia que tiene el prevenir las enfermedades y utilizar los recursos con los que cuenta.

Dar orientación para la salud, para promover una nutrición adecuada de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de la familia.

Razón científica de las acciones de enfermería

Es función de la salud pública el llevar a cabo la promoción de la salud, al pretender mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental y el equilibrio con su ambiente. Sus bases radican en:

- a) Educación médica sexual, planificación familiar, hábitos y costumbres, educación nutricional, dirigida a las madres, a los maestros, a los niños con relación a su edad y a los demás grupos de la comunidad.
- b) Realizar programas de control de crecimiento y desarrollo pre y post-natal.
- c) Promover el saneamiento ambiental, agua potable in tradomiciliaria, disposición de excretas, eliminación de basura, control de fauna nociva, higiene de los alimentos, mejoramiento de la vivienda.
- d) Distribución racional del ingreso familiar.
- e) Mejoramiento del ambiente familiar.

- f) Capacitación familiar y laboral.
- g) Mejoramiento del ingreso económico.
- h) Recreación.

La protección específica es función también de la salud pública.

Responsable de la acción

Personal de enfermería y el equipo interdisciplinario de salud.

Evaluación

Previo al egreso del paciente, los familiares recibieron orientación en el Departamento de Trabajo Social para la realización de un estudio socioeconómico y la elaboración de un plan que permitiera el planteamiento de los problemas sentidos y no sentidos y por orden de importancia dar alternativas de solución, de tal manera que puedan detectarse a tiempo y así evitar la reincidencia de los problemas ya antes mencionados.

CONCLUSIONES

El presente estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería se aplicó a un preescolar con problemas propios de un nivel socio-económico y educacional pobre y en un medio familiar desorganizado.

En este caso se trata de un caso de desnutrición de III grado.

Las acciones de enfermería se enfocaron a incrementar el peso corporal.

- Se elevó el peso de 9.085 gr. que representaba un déficit de peso del 64.8% proporcionando los nutrientes necesarios en cantidad y calidad para que de acuerdo a la edad del niño que se manifestó en el peso de 13 kilos al egreso del hospital. Esto se logró con la dieta a base de lácteos en forma de atole, picadillos, fruta, legumbres sazonadas con picante suave, con objeto de mejorar las condiciones nutricionales y fomentar los hábitos alimenticios, ya que estaba acostumbrado a consumir alimentos chatarra, refrescos y dulces.
- Los frecuentes cuadros de gastroenteritis ocasionados por el mal manejo de los alimentos y parasitosis llevaron a la desnutrición al niño objeto de este estudio, por lo que se dió tratamiento específico

contra la ascaris y geardia lambia y a la madre se le enseñó el manejo y preparación adecuada de los alimentos.

- Se resolvió la deshidratación proporcionando líquidos por vía oral en cantidad necesaria.
- El bajo nivel socio-económico, como el hacinamiento y la falta de higiene propició en el niño la escabiasis, se orientó a la familia para aprovechar su espacio, así como higiene personal y de la vivienda.

Se dió tratamiento con benzoato de bencilo a toda la familia.

- Como coadyuvante de la problemática del niño fueron el alcoholismo del padre, como generador de irresponsabilidad hacia la familia y la epilepsia de la madre que origina una personalidad conflictiva.
- Al egresar el paciente del hospital, se orientó a la madre sobre la utilización de los recursos disponibles, así como de la prevención de las enfermedades a través de la enseñanza del manejo adecuado de los alimentos, también se le dió información sobre la dieta que se proporcionará al niño para su total recuperación que evite el reingreso al hospital.
- La eficiencia de las acciones que se realizaron en el paciente de-

pendió del orden que se siguió para ello, esto es: recolección y selección de datos; detección y jerarquización de las necesidades; diagnóstico de enfermería; plan de cuidados; evaluación del plan de cuidados.

Al realizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se incrementan los conocimientos, pues esto requiere de una investigación bibliográfica combinada con una investigación clínica; esto además es de gran ayuda para una mejor comprensión del caso estudiado y así un mayor conocimiento y comunicación con el paciente y la familia.

BIBLIOGRAFIA

- AMADO Saúl. Lecciones de Dermatología. Ed. Fco. Méndez Oteo. México, 1983. pp. 986
- BERNARD, Paul. Manual de A.T.S. Psiquiátrico. Ed. Toray - Masson. Barcelona, 1977. pp. 412
- ESCOBAR, E. Accidentes y Violencias en Pediatría. Ed. El Manual Moderno. México, 1981. pp. 592
- EVANS, Marilyn. Enfermería Pediátrica. Ed. Salvat. México, 1983. pp. 416
- GANONG, William. Fisiología Médica. Ed. el Manual Moderno. México, 1982. pp. 660
- GARDNER, Ernest. Anatomía. Ed. Salvat. Barcelona, 1980 pp. 933
- HARRISON. Medicina Interna. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1979. pp. 1330
- KEMPE, Silver. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. Ed. El Manual Moderno. México, 1985. pp. 1210

MAHONEY, Elizabeth. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. Ed. Interamericana. México, 1986. pp. 812

MARLOW, Dorothy. Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana. México 1975. pp. 828

MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1983. pp. 325

MARTINEZ, Roberto. La Salud del Niño y del Adolescente. Ed. Salvat Mexicana. México, 1983. pp. 1859

METHENEY, Milligan. Terapéutica de Líquidos y Electrolitos. Ed. Interamericana. México, 1970. pp. 272

NORDMARK, Madelyn. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1979. pp. 712

PETRILLO, Madeline. Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1972. pp. 318

PICAZO, Eduardo. Introducción a la Pediatría. Ed. Francisco Méndez Oteo. México, 1979. pp. 1010

RIVEYRO, Darcy. El Dilema de América Latina. Ed. Siglo XXI.
México, 1975. pp. 100

RODRIGUEZ, Rodolfo. Vademecu Académico de Medicamentos. U.N.A.M.
México, 1984. pp. 983

VALENZUELA, Rogelio. Manual de Pediatría. Ed. La Prensa Médica
Mexicana. México, 1975. pp. 839

GLOSARIO

Absorción: Acción de absorber líquidos u otras sustancias por la piel, superficies mucosas o vasos absorbentes.

Alimentación: Acción de dar o recibir alimentos.

Aminoácido: Cualquier sustancia que posea en su molécula un grupo carboxilo (-COOH) y un grupo amino (-N H₂). Los aminoácidos se encuentran en todos los organismos, en estado libre o condensados entre sí, formando polipéptidos y proteínas.

Anemia: Insuficiencia o privación hemática que se manifiesta por la disminución aparente o real del número de hematies (hipoglubulia) y el descenso de la cifra de hemoglobina (oligocronencia).

Anorexia: Falta de apetito, inapetencia.

Anticuerpo: Elemento nuevo formado por el organismo, en el cual se ha introducido un antígeno. Este anticuerpo es activo (específico respecto al antígeno que ha provocado su producción. El anticuerpo neutraliza el antígeno correspondiente por intermedio del complemento.

Lucha contra los bacilos o contra el producto de secreción de los microbios antilopsana liseica y aglutinina.

- Atrofia:** Disminución del volumen de células, tejidos de órganos debido a una falta de la nutrición.
- Avitaminosis:** Enfermedad debida a la falta de vitaminas en los elementos. En este grupo entran el beriberi, el escorbuto, pelagra y otros.
- Beriberi:** (Del endostario, beri, debilidad y beriberi, gran debilidad). Enfermedad endémica de los países cálidos puede ser epidémica. Su etiología es conocida en forma deficiente. Actualmente se tiende a considerar el beriberi como una enfermedad por carencia.
- Caloría:** Unidad adoptada por los físicos para medir el calor y que representa la cantidad de calor que absorbe un litro de agua al aumentar la temperatura en grados centígrados.
- Carencia:** Las enfermedades por carencia son debidas a la falta de un alimento.
- Caquexia:** Estado de trastorno constitucional general profundo y progresivo, determinado por causas diversas, infecciones, tumores, intoxicaciones,...
- Clases Sociales:** División de la sociedad en relación a los medios de producción. Clase trabajadora es la que no tiene medios de producción, pero trabaja con ellas y realiza directamente la producción. Clase burguesa es la que posee estos medios, no trabaja con ellos

ni interviene en la producción.

- Dieta:** Empleo metódico de lo necesario para conservar la vida, empleo racionado de determinadas sustancias alimenticias en el sujeto sano y en el enfermo.
- Edema:** Acumulación excesiva de líquido cero albuminoso en el tejido celular debido a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardíaca; mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucciones de las vías linfáticas. La hinchazón producida se caracteriza por conservar la huella de la presión del dedo.
- Enfermedad Kwashiorkor:** Afección carencial propia de los trópicos con infiltración grasa del hígado, disfunción pancreática, anemia, manchas pigmentarias de la piel y lengua, vómitos, diarrea, alteraciones mucosas y trastornos del crecimiento.
- Escorbuto:** Enfermedad por carencia, caracterizada por hemorragias cutáneas (Púrpura), estomatitis (gingivitis hemorrágica). Anteriormente se obserbaba con frecuencia entre los marinos durante las largas travesías por no contener su alimentación frutas ni legumbres frescas, sino que estaba compuesta casi exclusivamente de conservas.

- Estratificación social:** Se refiere a las normas en como se agrupa la población; burócratas, empleados bancarios, empleados comerciales y otros (si se forma como factor el empleo), o alfabetos, analfabetos, especializados y altamente especializados (si se toma como factor el grado de educación) y otros.
- Gastroenteritis:** Inflamación del estómago e intestinos.
- Hábito:** Costumbre o práctica adquirida por la repetición de un mismo acto.
- Hambre:** Necesidad de tomar alimentos. Ansiosa necesidad, de alimentarse de manera excesiva y a veces desordenada.
- Hemoglobina:** Materia colorante de los hematies que contiene el hierro de la sangre; sustancia cristalina de color rojo y composición compleja que consta principalmente de una proteína. Globina combinada con la hematina.
- Hiperqueratosis:** Enfermedad cutánea caracterizada por una proliferación de la capa córnea de la epidermis bajo la forma de escamas, de laminillas o de papilomas corneas.
- Mal nutrición:** Término que designe las deficiencias cualitativas. Se designa como alimentación carencial, cuando la ración no satisface ni siquiera las necesidades energéticas o calóricas da lugar a la hipoalimenta

ción, que se traduce en una desnutrición. Hay au
tores que incluyen ambos conceptos dentro del con
cepto general de desnutrición.

Metabolismo: Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

Miseria: Desgracia, infortunio.

Nutrición: Propiedad esencial y general de los seres vivos que consiste, en el doble proceso de asimilación y desasimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que le rodea.

Nutrimento: Sustancia nutritiva.

Obesidad: Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Hiper-trofia general del tejido adiposo.

Publicidad: Conjunto de medios para divulgar algo.

Queilosis: Afección de los labios, especialmente debida a la avitaminosis por deficiencia de riboflavina.

Raquitismo: Enfermedad del período del crecimiento ligado a casi siempre causas debilitantes, vicios de alimentación y trastornos digestivos caracterizado por perturbación de la digestión y desarrollo del tejido óseo.

ción, que se traduce en una desnutrición. Hay autores que incluyen ambos conceptos dentro del concepto general de desnutrición.

Metabolismo: Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

Miseria: Desgracia, infortunio.

Nutrición: Propiedad esencial y general de los seres vivos que consiste, en el doble proceso de asimilación y desasimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que le rodea.

Nutrimento: Sustancia nutritiva.

Obesidad: Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Hipertrofía general del tejido adiposo.

Publicidad: Conjunto de medios para divulgar algo.

Queilosis: Afección de los labios, especialmente debida a la avitaminosis por deficiencia de riboflavina.

Raquitismo: Enfermedad del período del crecimiento ligado a casi siempre causas debilitantes, vicios de alimentación y trastornos digestivos caracterizado por perturbación de la digestión y desarrollo del tejido óseo.

- Recomendaciones nutricionales:** Son valores que se aplican a grandes grupos o a poblaciones enteras de regiones y países generalmente se basan en las necesidades promedio de la población, más las desviaciones estandar, a lo cual se agrega una cantidad como margen de seguridad.
- Requerimiento nutricional:** Es la necesidad de un nutrimento, es la expresión numérica de la cantidad que un individuo dado, en un momento y condiciones específicas, necesita para mantener la salud y un estado nutricional óptimo.
- Sociedad:** Conjunto de individuos entre quienes existen relaciones organizadas y que regulan actividades que llenan necesidades recíprocas.
- Tugurios:** Barrios.
- Urbanismo:** Conjunto de conocimientos relacionados con el desarrollo de las ciudades.
- Xeroflatinea:** Estado de deshidratación, negosidad y falta de brillo de la conjuntiva, consecutiva a inflamaciones crónicas o carencia de retuocol. (30)

A N E X O S

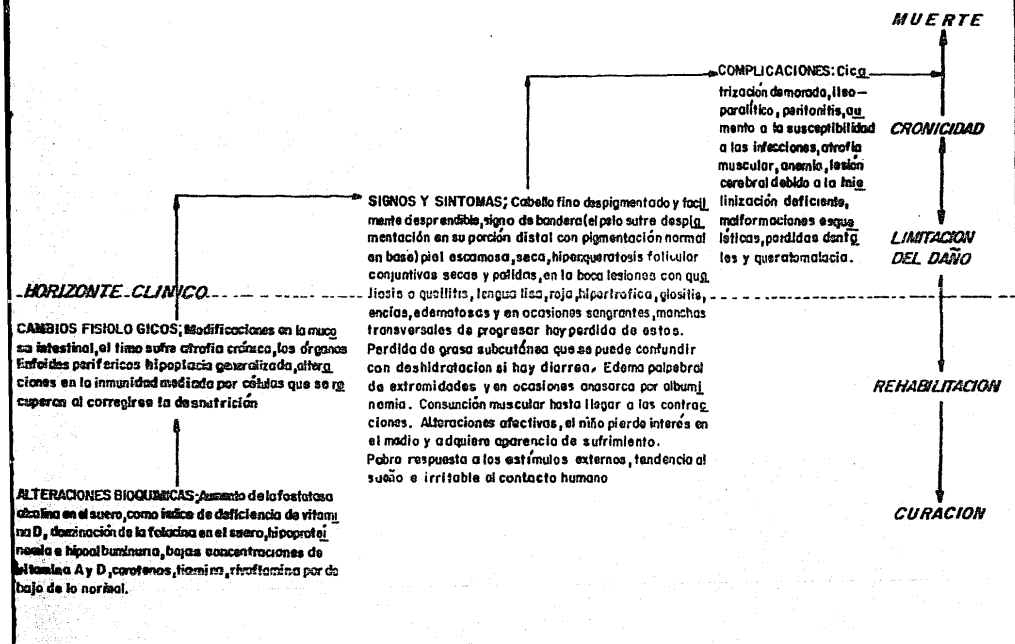
HISTORIA NATURAL DE LA DESNUTRICION

CONCEPTO: ESTADO PATOLOGICO, INESPECIFICO, CON PATOGENIA UNICA, SISTEMICA Y POTENCIAL UTILIZACION DE NUTRIENTES INDISPENSABLES PARA LAS CELULAS, QUE SE ACOMPAÑA DE MANIFESTACIONES CLINICAS.

FACTORES DEL AGENTE		FACTORES DEL HUESPED		FACTORES DEL AMBIENTE	
<p>DEFICIENCIA Y/O DESEQUILIBRIO ENTRE LOS NUTRIENTES: CALORIAS, PROTEINAS (En especial de origen animal) VITAMINAS LIPOSOLUBLES, MINERALES (Hierro, yodo...)</p> <p>TAL DESEQUILIBRIO O DEFICIENCIA ES CAUSADA POR UN APOORTE INSUFICIENTE DE NUTRIENTES, UNA UTILIZACION INCORRECTA DE ELLOS, O BIEN PERDIDAS EXCELVAS DE ELLOS.</p>		<p>APECTA A TODAS LAS EDADES; PERO LA POBLACION MAS VULNERABLE ES LA INFANTIL, DONDE LOS DAÑOS SON MAS EVIDENTES. LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES SE ENCUENTRAN ENTRE LOS SEIS MESES Y UN AÑO DE EDAD, EN LA EPOCA DEL DESTETE Y LA ABLACTACION CUANDO LA LECHE MATERNA YA NO ES SUFICIENTE Y EN LA CUAL LA CUAL LAS ENFERMEDADES DIARREICAS SON MAS FRECUENTES. TAMBIEN SE VEN AFECTADOS LOS PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES</p>		<p>DISPONIBILIDAD DE NUTRICION QUE DEPENDE DE LA PRODUCCION, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS (Ambiente social) CONSUMO QUE DEPENDE DE FACTORES CULTURALES, SOCIALES, ECONOMICOS Y PSICOLOGICO (Ambiente familiar). APROVECHAMIENTO QUE ES AFECTADO POR EL MOMENTO METABOLICO, FACTORES CONSTITUCIONALES, GENETICO Y NEURO-HORMONAL (Ambiente individual).</p>	
		<p style="text-align: center;">HORIZONTE CLINICO</p>			
		<p>CAMBIOS FISIOLOGICOS: Modificaciones en la mucosa intestinal, el timo sufre atrofia crónica, los órganos linfoides periféricos hipoplasia generalizada, alteraciones en la inmunidad mediada por células que se recuperan al corregirse la desnutrición</p>		<p>ALTERACIONES BIOQUIMICAS: Aumento de la fosfatasa alcalina en el suero, como índice de deficiencia de vitamina D, dominación de la fosfatasa en el suero, hipoproteíнемia e hipocalcemia, bajas concentraciones de vitamina A y D, carotenos, tiamina, riboflavina por debajo de lo normal.</p>	
		<p>SIGNOS Y SINTOMAS: mente desprendible, sigmentación en su porción (en base) piel escamosa; conjuntivas secas y pterisias o queratitis, lengüecías, edematosas y transversales de proyección; Pérdida de grasa subcutánea con deshidratación al de extremidades y en nemia. Conscüción mu: ciones. Alteraciones a el medio y adquiere op Pobre respuesta a los (suero e irritable al ac</p>			
PERIODO PRE - PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
PREVENCIÓN PRIMARIA	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PREVENCIÓN TEMPRANA	TRATAMIENTO OPORTUNO		
<p>PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Control periódico del niño sano</p> <p>Proporcionar atención a los cuadros patológicos (Diarrea, infecciones).</p> <p>Aumento y mejoramiento en la producción de alimentos baratos.</p> <p>Promoción de la lactancia.</p> <p>Enseñar a la población a aprovechar sus recursos.</p> <p>Enseñanza sobre higiene y preparación de los alimentos.</p>	<p>ORIENTAR A LAS MADRES SOBRE PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN.</p> <p>Enseñar sobre alimentos baratos y accesibles para el destete.</p> <p>Enseñar a suplir alimentos caros por baratos.</p> <p>Educación higienico-nutricional a las madres en general, en especial con antecedentes de un hijo desnutrido</p>	<p>DELIMITACIÓN DE LA POBLACIÓN SUSCEPTIBLE EN SECTORES DE POBLACIÓN Y GRUPOS DE EDAD, descubrimiento de casos, a través de programas específicos de detección de desnutrición y enfermedades carenciales.</p> <p>Detección de síndromes nutricionales específicos (Raquitismo, pelagra, anemia y mala absorción).</p>	<p>Por dieta equilibrada en cuanto a calorías y nutrientes.</p> <p>Reforzamiento de la dieta con elementos específicos o suplementos farmacológicos durante el embarazo, la lactancia y la adolescencia.</p> <p>Educación familiar para disminuir hábitos alimentarios.</p> <p>Tratamiento y educación para prevenir padecimientos infecciosos asociados como el sarampión, tósterina, parasitosis</p>		

DE LA DESNUTRICION

UNO, CON PATOGENIA UNICA, SISTEMICA Y POTENCIALMENTE REVERSIBLE CAUSADA POR LA DEFICIENTE ALIMENTACION DE LAS CELULAS, QUE SE ACOMPAÑA DE MANIFESTACIONES CLINICAS DIFERENTES ASI COMO DE GRADO.



PERIODO PATOGENICO			
PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA	PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA
DIAGNOSTICO TEMPRANO Delimitación de la población susceptible en sectores de población y grupos de edad, descubrimiento de casos, a través de programas específicos de detección de desnutrición y enfermedades carenciales. Detección de síndromes nutricionales específicos (Raquitismo, pelagra, anemia y mala absorción).	TRATAMIENTO OPORTUNO Por dieta equilibrada en cuanto a calorías y nutrientes. Reforzamiento de la dieta con elementos específicos o suplementos medicamentarios durante el embarazo, la lactancia y la adolescencia. Educación familiar para disminuir hábitos alimentarios. Tratamiento y educación para prevenir padecimientos infecciosos asociados como el sarampión, tosferina, parasitosis	LIMITACION DEL DAÑO Corrección del desequilibrio hídrico y electrolítico, tratamiento de infecciones agregadas, tratamiento asintomático, dieta equilibrada y completa en forma progresivamente, corrección de la anemia y estimulación afectiva.	REHABILITACION La rehabilitación debe ser integral en la que se incluya al núcleo familiar. Adaptación biopsicosocial. Ministración de dietas completas y equilibradas, en cantidades calorías progresivamente ascendentes, se iniciará con 40 calorías por kg de peso por día en un lapso de 3 a 4 días, aumentando de 10 a 20 calorías por kg de peso por día. Apoyo afectivo a los infantes. Tratamiento de secuelas ocasionadas ya sea por la desnutrición o padecimientos agregados.

P L A N D E A T E N C I O N D E E N F E R M E R I A

3.1. Ficha de identificación

NOMBRE DEL PACIENTE: D.N.G.
 FECHA DE INGRESO: 3/1/85
 EDAD: 3 años
 SEXO: Masculino
 SERVICIO: Pediatría
 CAMA: 265
 DIAGNOSTICO MEDICO: Desnutrición de III grado.

OBJETIVOS:

- Identificar y jerarquizar los problemas del paciente para brindar la atención de enfermería adecuada a cada uno de estos y promover su recuperación.
- Planear las acciones específicas de enfermería con base a los problemas detectados.
- Aplicar los conocimientos científicos en la atención sistematizada y específica del padecimiento.
- Participar en coordinación con el equipo de salud en el restablecimiento de la salud y el nivel nutricional del niño.
- Orientar a la madre para la optimización de sus recursos y proporcione los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño.

Diagnóstico de Enfermería.

Se trata de un pre-escolar masculino que responde a un niño de 8 meses de familia integrada por padres adultos y 20 años y en catorce años han estudiado.

Viven en una escuela en una habitación donde las personas duermen en esa habitación. El nivel socio-económico es muy bajo en esa escuela, pero sólo la madre sostiene el sostenimiento del hogar, por lo que se encuentran en proteínas e insuficiente para el cuidado del niño en las familias.

Es una familia desorganizada, con consumo de alcohol y en conquista de la familia no controlada, agresiva por lo que son desarmónicas y la madre por la tensión emocional, además la falta de armonía entre los hijos hacen más difícil el anterior fundamenta la falta de atención del paciente ya que desde los cuadros diarreicos en forma intermitentes acompañados con vómitos, otras:

Cuadros repetidos de infecciones

El tratamiento para estos problemas. Hace tres meses arrojó parásitos que corresponden a ascáridos lumbricoides.

El ingreso al hospital es por un cuadro acompañado de vómitos, sangre, náuseas, las siguientes características: llanto sin lágrimas, ojos hundidos y escamosa "rosario costal". En el abdomen escaso pániculo.

Los datos de laboratorio reportan leucocitos 18,750 y quistes de G

D E A T E N C I O N D E E N F E R M E R I A

Diagnóstico de Enfermería.

Se trata de un pre-escolar masculino con peso de 8.085 gr. que corresponde a un niño de 8 meses en nuestro medio, forma parte de una familia integrada por padres adultos jóvenes casados a edades de 18 y 20 años y en catorce años han procreado 8 hijos cinco de los cuales estudian.

Viven en una escuela en una habitación con cocina y baño. Las diez personas duermen en esa habitación, tienen servicios públicos. El nivel socio-económico es muy bajo los padres trabajan de conserjes en esa escuela, pero sólo la madre aporta los ingresos económicos para el sostenimiento del hogar, por lo tanto la alimentación es deficiente en proteínas e insuficiente en cantidad. Los hábitos higiénicos para el cuidado del niño en la primera etapa de la vida han sido deficientes.

Es una familia desorganizada, el padre es alcohólico, gasta su dinero en el alcohol y en conquistar a otras mujeres, la madre es epiléptica no controlada, agresiva por lo que las relaciones entre la pareja son desarmonicas y la madre se encuentra constantemente en tensión lo que da lugar a crisis convulsivas lo que deteriora la situación emocional, además la falta de alimentos tanto para ella como para los hijos hacen más difíciles las relaciones familiares, todo lo anterior fundamenta la falta de conciencia del problema de desnutrición del paciente ya que desde los primeros meses de nacido presenta cuadros diarreicos en forma intermitente. Las evacuaciones en ocasiones acompañadas con moco, otras con sangre y restos de alimentos.

Cuadros repetidos de infecciones respiratorias y faringoamigdalitis.

El tratamiento para estos problemas han sido con "remedios caseros". Hace tres meses arrojó parásitos intestinales cuyas características corresponden a ascarides lumbricoides.

El ingreso al hospital es por un cuadro diarreico con evacuaciones acompañadas de moco, sangre, náuseas, vómitos y fiebre. Se observan las siguientes características: pre-escolar hipotrofico irritable, llanto sin lágrimas, ojos hundidos, conjuntivas muy pálidas, piel seca y escamosa "rosario costal". Toda la estructura ósea se marca a través de la cubierta de piel que presenta lesiones por escabiosis. En el abdomen escaso pániculo adiposo y hepatomegalia.

Los datos de laboratorio reportan: hemoglobina 8.8, hematocrito 26, leucocitos 18,750 y quistes de Giardia lamblia.

ión científica de los Problemas.

el principal compo-
los los organismos vi
más de la mitad del
l se encuentra loca-
espacio intracelu-
to está en el espa-
ular.

os extracelulares es
os en el espacio in-
intravascular.

Hay un equilibrio
estión y la pérdida
ual se mantiene por
ormonales, de trans
a nivel celular po-
bictica y por ósmo-

y entrada de agua ef
cios está regulada
zas principales: la
tica (producida por
tos y las proteínas,
y la presión hidrog
sangre que dependo-
te de la fuerza con-
pulsión el corazón.

Acciones de Enfermería

Responsable de la acción

Fundamentación Científica de las Acciones.

Evaluación

Insistir en la inges-
tión de líquidos por
vía oral de 1500 cc. a
3000 ml. por día con
una actitud paciente y
afectuosa.

Enfermera y auxiliar
de enfermera.

Mantener el ingreso regular de
líquidos es la condición que per-
mite la armonía de los procesos
fisiológicos del organismo pues
de ellas depende la constante del
gasto urinario y el gasto cardí-
co y la regulación del metabolis-
mo de los nutrientes.

Se observan mucosas orales
hidratadas, así como llan-
to con lágrimas.
presencia de diuresis.

Control de líquidos,
ingresos y egresos.

Enfermera.

Por lo que es importante sostener
el suficiente aporte de líquidos
por vía oral ya que se facilita
la inmediata restitución de líqui-
dos como primer medida desde el
hogar, además se evita el riesgo
de una sobrecarga del sistema cir-
culatorio por exceso de líquidos
por vía intra venosa.

La insistencia de esta medida
es evitar la presencia de un colap-
so por deshidratación.

Para conservar el equilibrio
del organismo son esenciales volú-
menes suficientes de agua y de los
electrolitos, estos en la siguien-
te distribución.

Los osmorreceptores del hipotálamo son sensibles a los cambios que se producen en la osmolaridad de los líquidos extracelulares, de manera que envían impulsos hasta la porción posterior de la glándula pituitaria (neurohipófisis) para que se libere la hormona antidiurética (ADH).

El mecanismo de la red integrada y de la liberación de hormona antidiurética a la sangre son los que mantienen el contenido normal de agua y la osmolaridad adecuada de los líquidos del organismo.

La red es el indicador fisiológico de la necesidad de líquidos en el organismo. El mecanismo por el que se manifiesta el deseo consciente de agua y depende del mecanismo regulador principal del ingreso de líquidos.

El líquido del espacio intersticial es el que tiene un desplazamiento mayor en los casos de aumento o disminución de los líquidos totales. En la deshidratación la pérdida se manifiesta por

Observar la frecuencia y el volumen de las emisiones de orina. Enfermera y auxiliar de enfermera.

La cantidad total de líquido en el organismo representa el 50-70% del peso corporal. La distribución depende del contenido variante de los tejidos adiposos del organismo los cuales se hallan casi libres de agua. En el recién nacido, el líquido corporal representa el 75%, descendiendo posteriormente hasta un 70% en la pubertad. El agua depende de modo libre por todo el organismo, pero en sentido funcional, puede considerarse como dividida en dos compartimientos, el extracelular y el intracelular; el primero con dos sectores: el intersticial y el intravascular o plasmático.

El líquido intracelular representa aproximadamente el 40-50% del peso corporal, el intersticial el 15% y el intravascular o plasmático el 5%.

El agua de los tres compartimientos contiene gran cantidad de electrolitos disueltos en concentraciones variables en miliequivalentes.

Signo de trapo mojado.

el signo de trapo mojado.

Una piel normalmente hidratada puede elevarse cuando se pellizca pero inmediatamente regresa a su lugar cuando es liberada. La piel deshidratada permanece en la posición de pellizco.

Si se secretan y liberan grandes cantidades de hormona anti-diurética, se producen pequeñas cantidades de orina muy concentrada.

Oliguria, con orina concentrada.

Los riñones excretan continuamente de 60 a 120 cc. por hora. Pueden considerarse dentro de límites normales volúmenes que varían entre 30 y 500 cc. El volumen de orina depende de: el ingreso de líquidos, el volumen de agua que se pierde por otras rutas. Los niños excretan para su peso un volumen 3 ó 4 veces mayor que los adultos.

IONES	PLASMA
NA	138 - 145
Cl	95 - 105
K	3.5 - 4.5
	LIQUIDO INTERSTICIAL LIQUIDO INTRACELULAR
130	25 - 20
110	6
5	115

Problema	Manifestación del Problema.	Fundamentación Científica del Problema	Acciones de Enfermería	Responsables de la Acción	Fundamentación
Gastroenteritis.	Evacuaciones frecuentes de consistencia líquida, pérdida de la turgencia de la piel, sed.	<p>La diarrea es un trastorno en la motilidad y absorción intestinal que, una vez iniciado y cualquiera que haya sido su origen, puede mantenerse por sí mismo al provocar una deshidratación y una intensa perturbación celular que a su vez favorece la emisión de deposiciones líquidas; así como la pérdida de electrolitos.</p> <p>La diarrea se caracteriza por el tránsito rápido normal del contenido alimenticio por el tubo digestivo, lo cual impide su completo metabolismo y absorción por lo tanto aumenta la cantidad total de agua en las heces y en ocasiones también se observan alimentos sin digerir, su consistencia se torna semilíquida o líquida al aumentar también la frecuencia de expulsión.</p> <p>En algunos niños se puede presentar esteatorrea con heces espumosas abundantes. Ocasionalmente se presenta, dolor abdominal.</p>	<p>1.- Proporcionar régimen dietético y conservador.</p> <p>Reposición del déficit de agua y electrolitos.</p>	<p>Enfermera.</p> <p>Dietista.</p> <p>Auxiliar de Enfermería.</p>	<p>La alimentación energética dada a la hipotermia crítica de los recién nacidos darán alimentación repondrán los líquidos de acuerdo a los requerimientos del período de adaptación iniciará la lactancia únicamente con leche materna y glucosa y electrolitos reaparece la lactancia el niño leche a los dos días de vida se harán en forma de pequeñas cantidades se irán incrementando la lactancia y la glucosa a la cantidad requerida los requerimientos que éste necesitan, energéticos, energéticos.</p> <p>Individualmente</p>

Científica del Problema	Acciones de Enfermería	Responsables de la Acción	Fundamentación de las Acciones	Evaluación
<p>es un trastorno en la absorción intestinal y se inicia una vez iniciado y - que haya sido su origen mantenerse por sí mismo una deshidratación intensa perturbación a su vez favorece la deposiciones líquidas pérdida de electrolitos</p>	<p>1.- Proporcionar régimen dietético y conservador.</p> <p>Reposición del déficit de agua y electrolitos.</p>	<p>Enfermera.</p> <p>Dietista.</p> <p>Auxiliar de Enfermería.</p>	<p>La alimentación será de alto valor energético e hidratante debido a la hiperactividad del tubo digestivo, mientras dura la etapa crítica de la diarrea no se darán alimentos, únicamente se repondrán los líquidos y electrolitos de acuerdo a los requerimientos del paciente. Después de un período de ayuno corto se iniciará la ingesta proporcionando únicamente mezclas de agua, glucosa y electrolitos. Si no reaparece la diarrea se dará al niño leche a media dilución, todos los alimentos se proporcionarán en forma diluida y en pequeñas cantidades, poco a poco se irán incrementando la concentración y la cantidad hasta llegar a la cantidad normal según los requerimientos del niño, ya que éste necesita alimentos plásticos, energéticos y reguladores.</p> <p>Individualmente la piel varía -</p>	<p>Normalización del peristaltismo. Las evacuaciones han disminuido y son pastosas.</p>
<p>se caracteriza por un tránsito rápido normal del contenido por el tubo, lo cual impide su enbolicamiento y absorción o aumenta la cantidad de agua en las heces y en consecuencia se observan a menudo en la digestión, su consistencia semilíquida o líquida también la frecuente expulsión.</p> <p>En los niños se puede presentar diarrea con heces oscuras. Ocasionalmente, dolor abdominal,</p>				

y adelorimento, con algunos sín-
tonas generales.

Los organismos generales habi-
tan en el duodeno y el yeyuno. -
La característica diagnóstica es
la presencia de los organismos
en el líquido duodenal aspirado
o en las heces frescas, de las
formas vegetativas en las heces
diarréicas y de los quistes en
las heces sólidas. La frecuencia
y consistencia de las evacuaciones
no tiene relación con el número
de organismos que se observan en
la muestra focal.

Las características de las o-
vacuaciones varían de acuerdo
con el tipo de alimentación.

La Giardia lamblia es un pro-
tozoo que se encuentra con mayor
frecuencia en el niño y aún en
el lactante, da origen a diarrea
generalmente benigna pero muy
prolongada cuando su proliferación
en el intestino es importante.

- Puede deberse a trastornos
psicógenos, ejm. "diarrea nor-
viésa", "colitis espástica,...

Vigilar y reportar número
y características de evacuaciones.

Cambio de pañal cuantas
veces sea necesario.

en cuanto a su resistencia hacia
las lesiones. Los factores que
alteran esta resistencia son:

- La salud general de las células,
que está determinada por una
circulación adecuada, por una
buena nutrición.

- La cantidad de tejido subcutá-
neo (cuando falta tejido subcu-
táneo sobre las prominencias óseas,
la presión sobre éstas interrumpe
rápidamente el flujo sanguíneo).

- El grado de hidratación.

Los tejidos deshidratados como
los edematosos tienden a ser más
propensos a sufrir lesiones
traumáticas.

La dermatitis anonal de los
pañales se forma por pápulas rojas
que pueden llegar a causar
pequeñas úlceras. La piel se
encuentra irritada por el amoníaco
que se produce al desintoxicarse
la urea por las bacterias de la
piel o de la ropa.

La maceración de la piel es
producida por una humedad continua.
La piel se reblandece y se erosiona.

- Trastornos intestinales: Enteritis viral, amibiasis, intoxicación por metales pesados, uso continuo de catárticos, carcinoma, ... infecciones por salmonella, shigella, E. coli, giardia y parasitosis.
- Mala absorción: como es el caso del celíaco, vagotomía, síndrome de intestino corto, ...
- Padecimientos pancreáticos: insuficiencia pancreática, tumores endocrinos pancreáticos, ...
- Síndrome colestático: atresia biliar.
- Enfermedades neurológicas: fasciitis dorsal o neuropatía diabética.
- Enfermedad metabólica: hipertiroidismo.
- Enfermedad por inmunodeficiencia: deficiencia de IgA.
- Desnutrición: Marasmo, Kwashiorkor.
- Alergia alimentaria.
- Factores dietéticos: ingestión excesiva de fruta fresca.
- Diarreas provocadas: mala técnica alimenticia, ingestión excesiva de laxantes.
- Causa desconocida.

Cuidado de la piel del área genital y lubricación con aceite mineral o vaselina.

Administración de medicamentos (metronidazol c/8 horas por diez días).

ga y disminuye la resistencia a las lesiones e infecciones.

La dermatitis es la inflamación de la piel producida por la sensibilidad a irritantes externos o internos.

La respuesta inflamatoria se manifiesta por eritema, edema, ampollas, exudados, costras, descamación, liquenificación, fisuras e hiperpigmentación (cuando ocurre este tipo de respuesta inflamatoria en relación a alérgenos, frecuentemente se denomina eczema).

Las causas inmediatas son irritantes específicos como agentes químicos, microorganismos, polvos y radiaciones.

La dermatitis por contacto es producida por el contacto con los irritantes existentes en el medio ambiente. Las lesiones se limitan al área de contacto con el agente irritante, la mayor parte de estas son producidas por agentes químicos (por ejemplo, cosméticos, jabones, lana, plantas como la hiedra venenosa).

Las reacciones más frecuentes que provoca el metronidazol son anorexia, malestar y dolor gástrico, náusea y diarrea en ocasiones produce mal sabor de boca, urticaria, malestar y dolor vaginal y uretral, vértigo, dolor de cabeza y muy raramente oscurecimiento de la orina y leucopenia.

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica.	Acciones de Enfermería.	Responsable de la Acción.
Desnutrición de III grado.	Peso de 9,085 grs. que representa un déficit de 64.8%, por lo que se considera desnutrición de III grado.	<p>El niño debe aumentar en el primer año de vida: en el primer cuatrimestre 750 grs. por mes, en el 2o. cuatrimestre 300 grs. por mes y en tercer cuatrimestre 250 grs. por mes; a partir de los dos años debe aumentar de 1500 grs. a 2000 grs. por año. Para hacer el cálculo de peso se puede utilizar la siguiente regla:</p> <p>Edad por 2 + una constante de 8.</p> <p>El hombre como 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.</p> <p>Las células del organismo reciben los nutrientes necesarios de los alimentos que se consumen, cuando el aporte disminuye o se suprime, se utilizan reservas; si ello persiste entra en balance negativo de materia y por ende, la cenería.</p>	<p>Insistir en la ministración de dieta hiperprotéica e hipercalórica.</p>	<p>Personal de enfermería. Nutricionista.</p>
			<p>Ministración de polivitaminas 10 gotas orales cada 12 horas.</p>	

ca.	Acciones de Enfermería.	Responsable de la Acción.	Fundamentación científica de las -- Acciones.	Evaluación
<p>ntar en el pri- el primer cua- por mes, en el 0 grs. por mes- estre 250 grs. p los dos años 00 grs. a 2000- acer el cálcu- utilizar la si constante de 8. viente, de- tes que obtie- rodea, tratán- problema os ma-- de un aporte a s para su cre- o. rganismo reci-- ocesarlos de</p>	<p>Insistir en la minis- tración de dieta hi- perprotéica o hiper- calórica.</p>	<p>Personal de enferme- ría. Nutricionista.</p>	<p>Insistir en la alimentación con paciencia y cariño. Si se ofre- cen grandes cantidades de ali- mentos al principio, el niño presenta diarrea, se empezará con alimentos diluidos y de fá- cil digestión, que se irán au- mentando según tolerancia, como por ejemplo: leche entera en polvo 12 g., más 10 g. de azú- car por kilogramo de peso por día, diluir en 100 a 150 ml. por kilogramo al día (agua hervida) repartir la cantidad en cinco o seis tomas en 24 horas.</p> <p>Alimentación complementaria 500 kilo calorías, repetidas en 3 tomas (120 kc. en la mañana y en la noche).</p>	<p>Fue en forma satisfactoria, con aumento de peso ostensi- ble, egresa con un peso de- 13:00 kilogramos.</p>
<p>consumen, minuye o se su- aservas; si o- n balance nega- r endo, la ener-</p>	<p>Ministración de poli- vitaminas 10 gotas orales cada 12 horas.</p>		<p>Las vitaminas son sustancias esenciales para el mantenimien- to de las funciones metabólicas normales.</p> <p>Las polivitaminas se utilizan como complemento alimenticio y están compuestas de vitaminas hidrosolubles como las del com-</p>	

Se consideran signos universales de la desnutrición: la dilución, modificaciones homeostáticas, hipofunción modificaciones funcionales atrofia modificaciones anatómicas.

Los dos primeros signos son básicamente de apreciación por medio de exámenes de laboratorio.

Dilución es el signo más universal se ha demostrado que si el agua en el niño bien nutrido representa el 78% del peso (libre de grasa), en los desnutridos las cifras varían del 81 al 87%.

Distribución en los diferentes compartimientos.

Extracelular: es el compartimiento más afectado y en proporción directa con la pérdida de peso, cuanto más intensa sea ésta, más aumenta el espacio extracelular.

Intracelular: En el músculo y piel del desnutrido existe un exceso de agua, más aparente en el edematoso y presente aún durante la deshidratación.

Intravascular: El cuadro se caracteriza por hipoosmolaridad, hipona

Sulfato ferroso 3 ml.
2 veces al día.

Peso diario.

plejo B y la C y vitaminas liposolubles como la A, D, E y K.

El sulfato ferroso mejora el cuadro hemático y otros síntomas característicos de la anemia hipocromica, tales como trastornos epiteliales en la lengua, disfagia, distrofia de las unas y de la piel y grietas en las comisuras labiales.

Con la ministración del sulfato ferroso por vía bucal una semana después de iniciada la terapéutica, la hemoglobina circulante tiene que aumentar aproximadamente 0.1 a 0.3 g. por 100- al día, cuando menos intensa la anemia, menor el incremento diario.

Lo realizará la misma persona, a la misma hora y en la misma báscula para evitar errores en la valoración ya que en la recuperación nutricional, previamente descendiendo de peso el niño por la pérdida del edema.

El aumento de peso se manifiesta primero en el aumento de las masas musculares, en la cara que da apariencia de cara de luna

hipoalbuminemia, hipocloremia relativa o hipercloremia, cuando existe carencia de potasio, el magnesio, zinc y fósforo, así mismo bajos, lo cual está importantemente relacionado con la edad, dieta y desplacación de proteínas.

Electrolitos extracelulares. Existe descenso en las cifras de potasio, magnesio y fósforo con elevación de sodio y cloro.

Proteínas Sanguíneas. La concentración de proteínas en el plasma depende en última instancia del balance de síntesis distribución pérdidas - bien sea éstas por catabolismo o por eliminación.

En la desnutrición la desproteïnemia se caracteriza por hipoalbuminemia (aporte insuficiente y deficiente síntesis).

Las alteraciones de las proteínas plasmáticas varían de acuerdo con la intensidad de la desnutrición, los niveles bajos se encuentran en los desnutridos edematosos especialmente en los preescolares en los que el déficit llega al 50% con niveles de uno o dos gramos por 100 ml. (Kwashiorkor).

clínicas se inician aproximadamente 15 días después de que se inicia el aumento de peso con un máximo de intensidad al mes y decrece paulatinamente en un lapso aproximado de los tres meses.

El preescolar necesita un enlace afectivo a una persona; en quien pueda confiar de quien responderá a sus llantos y le dará una sensación de seguridad de bienestar, amor y cuidado, a través de hablarle con tono dulce tranquilizador de mimos y caricias.

Al egreso del paciente la nutricionista junto con la enfermera enseñó a la madre a utilizar sus recursos, sustituyendo alimentos caros por otros más económicos que contengan los requerimientos nutricionales.

Proporcionar afecto.

Asesorar a la madre sobre los alimentos requeridos.

Alfa globulinas. Se encuentran disminuidas en los edematosos y los niveles son más bajos a mayor edad.

Beta globulinas. Sus niveles son bajos independientemente de que exista edema o del tipo, la intensidad o cronicidad de la desnutrición.

Gamma globulinas. En el niño normal se elevan a cifras mayores de 1.8. por 100 ml. en el primer año y a 1.5 por 100 ml. después de los cuatro años, en presencia de infección en el desnutrido esta cifra puede elevarse, con detrimento de la síntesis de otras proteínas lo que desencadena el edema en un momento dado.

Globulinas totales. Las cifras son bajas en todos los tipos de desnutrición; sobre todo cuando hay edema.

Proteínas totales. En los niños severamente desnutridos las proteínas se encuentran bajas en mayor grado en el edematoso (Kwashiorkor).

En el aparato digestivo la desnutrición provoca el aplanamiento de las vellocidades intestinales lo que disminuye importantemente la superficie; con ello la disminución del número de células capaces de efectuar la síntesis de enzimas, lo que aunado a la dificultad en la incorporación del D.N.A. (ácido desoxirribonucleico) en las células epiteliales intestinales, explica la deficiencia en la capacidad para la utilización de los nutrientes aportados y origina el síndrome de mala absorción.

Las alteraciones tisulares y enzimáticas de la pared intestinal conducen a una inadecuada utilización de la dieta, lo que puede llegar a la hipoglicemia, la cual aumenta durante los procesos infecciosos.

En la desnutrición existe deficiente utilización de las grasas, con disminución de su absorción.

La deficiente absorción se traduce por esteatorrea y está condicionada por la dificultad del paso de los quilomicrones a la linfa. Por la saturación de las células de la pared intestinal.

Caracterizan al desnutrido los niveles bajos de colesterol de fosfolípidos.

El niño desnutrido utiliza bien las proteínas de origen animal a pesar de que haya diarrea y del contenido bajo de tripsina del líquido duodenal, así como la reutilización de los aminoácidos liberados por el catabolismo tisular.

La formación de anticuerpos se encuentra disminuida, no en su elaboración por las células, sino por la reducción del número de células formadoras.

El desnutrido tiene niveles buenos o superiores de gammaglobulina y lo que es más en presencia de infección la síntesis de anticuerpos se eleva importantemente, aunque bajen los niveles de albúmina, lo que explica la instalación brusca del edema.

La deficiente absorción de las grasas implica disminución de la absorción de las vitaminas liposolubles lo que origina ceguera nocturna, xeroftalmia, desmineralización ósea, hipoprotinemia.

La deficiente absorción de las vitaminas hidrosolubles condiciona anemia, polineuritis, pelagra, neuropenia.

Hay descenso del peso por baja del contenido de grasa y disminución de la masa muscular, primero son afectados los miembros, en especial los superiores y después los inferiores, disminuye más el peso que la talla lo que indica la desarmonía de las manifestaciones de la desnutrición.

P r o b l e m a	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción	Fundam
Anemia.	<p>Hemoglobina 8.8 Hematócrito 26.</p> <p>Palidez de piel y mucosas.</p> <p>Fatiga, Irritabilidad y <u>re</u>tardo en el desarrollo.</p>	<p>La anemia es una reducción de la concentración de hemoglobina o <u>er</u>itrocitos circulantes como resultado de producción reducida de los mismos, menor síntesis de hemoglobina por los precursores eritrocíticos, aumento de la destrucción de eritrocitos y pérdida de estos en la circulación.</p>	<p>Toma de muestra de san<u>gr</u>e para laboratorio y para citología hemática.</p>	Enfermera.	<p>Det</p> <p>lumen</p> <p>en la</p> <p>a 544</p> <p>fras</p> <p>mento</p> <p>oritro</p> <p>13.5</p> <p>16.0</p> <p>anemi</p>
		<p>La formación de hematocitos (hemopoiesis) ocurre normalmente en la médula ósea, pero también puede efectuarse en ganglios linfáticos o hígado o bazo (rara vez). Las <u>cé</u>lulas madre son las <u>cé</u>lulas primitivas multipotenciales capaces de duplicarse por sí mismas y diferenciarse, producen cuatro tipos de hematocitos.</p>	<p>Transfusiones de san<u>gr</u>e fresca 200 cc.</p>		<p>La</p> <p>se re</p> <p>sentan</p> <p>mente</p> <p>borde</p> <p>congo</p> <p>agudo</p> <p>minis</p> <p>no ox</p>
		<p>La <u>cé</u>lula de programación eritrocide pasa por las siguientes fases: eritoblasto, reticulocito y eritrocito. La <u>cé</u>lula de programación megacaroide se convierte en megacarioblasto, megacariocito y, por <u>ú</u>ltimo, plaqueta. La <u>cé</u>lula de programación mielocide se convierte en mieloblasto, promielocito y granu-</p>	<p>Valorar reacciones por transfusión.</p>		<p>Las</p> <p>puede</p> <p>trans</p> <p>ria,</p> <p>El</p> <p>alim</p> <p>aunq</p> <p>do se</p>
			<p>Sulfato ferroso 1 gr - gea cada 12 hrs.</p>		

tífica del Problema.

la reducción de la hemoglobina o eritros como resultado reducida de los totos de hemoglorsores eritrocí - la destrucción - pérdida de estos -

hematocitos (he - normalmente en pro también puede elios linfáticos (ara vez). Las células primales capaces de mismas y diferen cuatro tipos de

gramación eritro siguientes fases: ulocito y eritro programación me erte en megacacócito y, por célula de pro - se convierte en ulocito y granu -

Acciones de Enfermería

Toma de muestra de san gre para laboratorio y para citología hemática.

Transfusiones de san gre fresca 200 cc.

Valorar reacciones por transfusión.

Sulfato ferroso 1 gr - gea cada 12 hrs.

Responsable de la Acción

Enfermera.

Fundamentación científica de las acciones de Enfermería.

Determinar el porcentaje del volumen de eritrocitos concentrados en la sangre total en el varón: 40 a 54% en la mujer 38 a 47%. Las cifras normales de hemoglobina pigmento portador de oxígeno de los eritrocitos son en el varón de - 13.5 a 18 g. y en la mujer 12.0 a - 16.0 g. se encuentra disminuido en anemia.

El hematócrito normal es de 45 a 60

La terapéutica con transfusiones se reserva para los niños que presentan niveles de hemoglobina extremadamente bajos por lo que están al borde de la insuficiencia cardiaca congestiva o padecer una infección aguda grave. La sangre total se administrará lentamente en dosis que no excedan de 10 ml. por Kg.

Las reacciones "más comunes que puede presentar el paciente que se transfunde son escalofrío, urticaria, náuseas y vómito.

El hierro se administra con el alimento incluso disuelto en leche aunque la absorción es mejor cuando se da entre comida aunque provi-

Evaluación.

La citología hemática reporta cifras normales.

ocito (basófilo, eosinófilo o neutrófilo). Esta misma célula pasa por las etapas de linfoblasto y linfocito (célula B o célula T).

La función primaria del eritrocito es el transporte de oxígeno hacia los tejidos por medio de una proteína que contiene una molécula de hierro llamada hemoglobina (Hb). La regulación de la producción de eritrocitos pasa por las siguientes etapas:

- La culminación de la oxigenación tisular produce hipoxia.
- Los riñones secretan eritropoyetina como reacción a la hipoxia.
- La eritropoyetina se transporta por la sangre hacia la médula ósea y estimula la producción de eritrocitos.

Las funciones primarias del eritrocito son:

- Defensa contra la infección bacteriana (monocitos, neutrófilos y basófilos).
- Defensa contra las infecciones bacterianas y virales por medio de linfocitos (inmunidad mediada por células B).
- Defensa contra las infecciones virales y micóticas y contra los parásitos, las células cancerosas y el tejido extraño por medio de linfocitos (inmunidad de célula T).
- Anticoagulación, es decir, secreción de heparina (basófilos).

La deficiencia de hierro es la forma más común de deficiencia nutricional y la causa más frecuente de anemia.

P r o b l e m a	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema
Escabiosis	<p>El aspecto es muy polimorfo como un cielo estrellado con estrellas de distinta magnitud: pápulas, vecículas, costras hemáticas fundamentalmente en todo el cuerpo con predominio de piel cabelluda, palmas, plantas de los pies y pliegues del cuerpo.</p> <p>Prurito.</p>	<p>Es una parasitosis cutánea producida por el <i>Sarcoptes scabiei</i> var hominis.</p> <p>La hembra del parásito que mide no más de 0.35 mm. labra un túnel, esto se encuentra a nivel de la capa cónica, no pasa de ella y la hembra ahí fecundada por el macho que muere poco después, deposita sus huevecillos entre 15 y 50. La hembra no podrá salir debido a que su cuerpo tiene unas espéculas que le impiden dar marcha atrás. Los huevecillos dan origen a larvas las cuales por sus movimientos rompen el techo del túnel y salen a la superficie cutánea alojándose en los folículos pilosos y da origen a las ninfas y a los parásitos adultos que diferencianándose en macho y hembra, completan el ciclo al realizarse la fecundación. El ciclo dura unos 14 días.</p> <p>Afecta a cualquier persona, de cualquier edad y sexo y a todas -</p>

Acciones de Enfermería Responsable de la Acción

Baño diario. Enfermera y Auxiliar de Enfermera.

Ministración de baño de bencilo al 20% (bálsamo del Perú), durante 7 días.

Cambio de ropa del paciente y de cama diariamente.

el Problema	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción	Fundamentación científica de las Acciones.	Evaluación
cutánea pruriginosa escabiosa	Baño diario.	Enfermera y Auxiliar de Enfermera.	La fricción que se da durante el baño y el agua caliente favorece que se dilatan los túneles donde se encuentra la hembra y pueda penetrar el medicamento (benzoato de bencilo).	Se ha vuelto afnina la ansiedad del paciente. Se ha aliviado el prurito. Las lesiones cutáneas han desaparecido.
que mide un túnel a nivel de la axila pasa de secundaria a poco des-vejecidos para no poner su cuerpo de le impuros las heridas rom-ven salen	Ministración de benzoato de bencilo al 20% (bálsamo del Perú), durante 7 días.		El benzoato de bencilo es una sustancia relativamente inocua que en alta concentración es tóxica para el acarus scabiasis, se utiliza en loción al 25%, esta se aplica a todo el cuerpo, previo baño, una vez seca la primera aplicación, se extiende una segunda capa, que se quita 24 horas después lavando la piel.	
alojándose en los parásitos completan la fecundación 14 días de estancia en todas	Cambio de ropa del paciente y de cama diariamente.		La piel, órgano de mayor tamaño del cuerpo humano, es una barrera entre los órganos internos y el ambiente externo. Está compuesta por tejido que crece y se renuevan continuamente.	
			Como sistema corporal más fácilmente accesible, la piel es indicador sensible de los diversos estados físicos y emocionales. La piel suave y de color uniforme elástica y-	

las clases sociales aunque es más frecuente en personas en que priva el desaseo y la promiscuidad, se presenta cíclicamente, se dice que suele aparecer cada 10 o 12 años al originar pequeñas o grandes epidemias; declina sin saberse el por qué y desaparece otros tantos años. Se considera una enfermedad familiar, de asilos, escuelas, cárceles y cuarteles y ha llegado a afectar hasta el 90% de la población de pequeños pueblos: por su alta transmisibilidad.

El rascado produce impetiginización y por tanto pústulas y costras melicéricas.

Cuando sucede en los espacios interdigitales, el paciente no puede cerrar sus dedos por la presencia de las pústulas y el dolor por lo que se presenta a la consulta con las manos en alto y los dedos separados como lo hace un cirujano al entrar a la sala de cirugía antes de ponerse los guantes (signo del cirujano), esto se observa sobre todo en los niños. En casos de intensa impetiginización en casi to-

ligemente húmeda indica nutrición y estado de líquidos adecuados. El estado de la piel identifica la higiene personal.

La sociedad otorga gran valor a la piel de aspecto sano. Esta es una parte muy importante del concepto que tiene el individuo sobre su imagen, lo mismo da la imagen que presenta al mundo.

Educar a la familia con claridad y detalles sobre el tratamiento y así como de las medidas higiénicas.

El prurito ocasiona el rascado y este produce lesión cutánea.

Tratamiento a toda la familia tengan o no sintomatología.

Conservar un ambiente fresco.

Brindar actividades de diversión.

Aliviar la ansiedad.

Corte de uñas.

Un paciente habitualmente no tiene en su cuerpo más de 10 parásitos y sin embargo el número de lesiones dermatológicas es muy grande. Esto es por que la agresión del parásito no es solo por su presencia sino por la hipersensibilidad que originan sus productos de deshecho. Por ello es válido considerar a la escabiasis una enfermedad parasitaria y reaccional a la vez.

Prurito, sensación cutánea molesta que produce deseo de rascarse es un problema frecuente en individuos que sufren trastornos cutáneos, en ocasiones el prurito es tan intenso que produce en los niños y en general en la familia insomnio, intranquilidad, afecta el estado general de los pacientes a más de una verdadera neurosis e inclusive una acarofobia.

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema.	Acciones de Enfermería.	Responsable de la Acción.	Fundamenta
Parasitosis intestinal.	Eliminación de ascaris en las evacuaciones, anorexia dolor abdominal, diarrea crónica, pérdida de peso.	<p>Las condiciones ecológicas en que vive el paciente, los hábitos higiénicos deficientes de la familia son fundamentales para adquirir una parasitosis.</p> <p>Esta problemática es una ruptura en el equilibrio huésped agente ambiente y junto con la desnutrición, es propia de los pueblos subdesarrollados.</p> <p>La lombriz, ascaris lumbricoides, es un parásito cosmopolita del humano. En los lugares que existe la defecación al aire libre, los huevecillos se diseminan en la tierra donde permanecen viables por largos períodos. Los huevecillos contaminan a los alimentos, las manos, los juguetes, .. y son deglutidos, para luego madurar en la parte superior del intestino delgado. Las larvas que escapan de ellos penetran en la pared intestinal y a través de la circulación porta y el lado derecho del corazón, llegan a los capilares pulmonares. Penetran a los alveólos, son expulsados hacia la faringe por latos y son deglutidos, llegan a formar adultos en el intestino delgado.</p> <p>Las endotomas de las capas patógenas y la presencia de parásitos provocan reacción inflamatoria de la mucosa gastrointestinal, que junto con la fiebre producen anorexia.</p>	<p>Observar las evacuaciones para detectar la expulsión de ascaris y recolectar muestras para cuproproparitoscopico.</p> <p>Estimular la ingestión de alimentos con actitudes amables.</p> <p>Ministración de Piperacina 2.5 ml. cada 12 hrs.</p> <p>Educación higiénica a la madre o persona responsable del niño.</p>	<p>Enfermera.</p> <p>Auxiliar de Enfermera.</p>	<p>El diagnóstico mostraci materia damente externa, color pa una capa interna, células, granulos de ascari.</p> <p>El apetito tomado el acci el ascari lar con e del gusan rístític</p> <p>La Piper mente por lo que es to que se grueso. U na absorv testino y la orina.</p> <p>Los efectos nideracini siones el do altera les, tras torios y</p> <p>El lavado al baño, a tos, así c ras al cho te en la p diasis.</p>

Científica del Problema.

es ecológicas en que
mente, los hábitos higié-
ntes de la familia son-
para adquirir una para

tica es una ruintura en
huésped agente ambien-
n la desnutrición, es
pueblos subdesarrolla

scaris lumbricoides, es
osmopolita del humano.
s que existe la defeca-
libre, los huevecillos
en la tierra donde per-
es por largos períodos
os contaminan a los
s manos, los juguetes,
utidos, para luego ma-
parte superior del in-
do. Las larvas que es-
s penetran en la pared
a través de la circula
el lado derecho del co-
a los capilares pulmo-
n a los alveólos, son-
cia la faringe por la-
utidos, llegan a for-
el intestino delgado.

s de las capas patóge-
sencia de parásitos -
cción inflamatoria de
strointestinal, que -
fiebre producen ano-

Acciones de Enfermería. Responsable de la Acción.

Observar las evacuacu Enfermera.
iones para detec- Auxiliar de Enfermera.
tar la expulsión de
ascaris y recolec-
tar muestras para -
coproparascitoscopi-
co.

Estimular la inges-
tión de alimentos -
con actitudes ama-
bles.

Ministración de Pi-
peracina 2.5 ml. -
cada 12 hrs.

Educación higiénica
a la madre o persona
responsable del niño.

Fundamentación Científica de las Accio-
nes.

El diagnóstico se hace por la de-
mostración de huevecillos en la
materia fecal que miden aproxima-
damente 45 x 60 mm., con una capa
externa, intensamente mamilada de
color pardo (teñida por bilis),
una capa media gruesa y una capa-
interna delicada que cubre a la
célula, huevo que es densamente
granuloso, además de la expulsión
de ascaris.

El apetito se modifica por el es-
tado emocional del niño.

La acción de la Piperacina sobre
el ascaris es la parálisis muscu-
lar con el consiguiente expulsión
del gusano por los movimientos pe-
ristálticos del intestino.

La Piperacina se absorbe rápida-
mente por el tubo digestivo, por-
lo que es eficaz contra un parási-
to que se aloje en el intestino
grueso. Una parte de la Piperaci-
na absorbida se degrada en el in-
testino y el resto se excreta por
la orina.

Los efectos colaterales de la
piperacina son: en muy raras oca-
siones el medicamento ha provoca-
do alteraciones gastrointestina-
les, trastornos nerviosos transi-
torios y urticaria.

El lavado de manos después de ir
al baño, antes de manejar alimen-
tos, así como el lavado de verdu-
ras al chorro de agua es importan-
te en la prevención de la ascari-
diasis.

Evaluación.

Exámenes de laboratorio negativos.

Problema	Manifestaciones del Problema.	Fundamentación Científica del Problema.	ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	FUNDAMENTACION
Separación Materna	Rechazo al alimento. Indiferencia. Apatía.	<p>La percepción de una situación está influida por factores internos y externos.</p> <p>El equilibrio psicológico del individuo requiere la conservación de un organismo integrado y cuyo funcionamiento sea adecuado.</p> <p>Para obtener y mantener el equilibrio psicológico una persona tendrá relaciones satisfactorias con otros seres humanos, tanto de manera individual como en grupos.</p> <p>La sensación de sentirse atendido por otra persona o personas es necesario para la homeostásis psicológica.</p> <p>Las actitudes y los actos de los demás que indican que el individuo merece atención, ayuda o interés, contribuyen a que se sienta atendido.</p> <p>La separación brusca de la madre propicia agresión, que se manifiesta en proporción a experiencias desagradables tales como obstáculos en la comida y la falta de cuidados maternos.</p>	Favorecer un ambiente agradable y proporcionar terapia afectiva en todo momento.	Personal de Enfermería y padres de familia.	<p>El ser do y necelicio.</p> <p>Es necesario, acarros para sanción d</p>

Causa del Problema.	ACCIONES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE DE LA ACCION	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES.	Evaluación
<p>una situación</p> <p>Factores inter-</p> <p>cológico del</p> <p>la conservación</p> <p>de grado y cuyo</p> <p>adecuado.</p> <p>intener el equi-</p> <p>una persona ten</p> <p>satisfactorias con-</p> <p>, tanto de mane</p> <p>en grupos.</p> <p>entirse atendi-</p> <p>o personas es</p> <p>oncoestásis psi-</p> <p>os actos de los</p> <p>ue el individuo</p> <p>ada e interés.</p> <p>sienta aton-</p> <p>ca de la madre</p> <p>que se manifi</p> <p>xperiencias</p> <p>Como obstácu-</p> <p>a falta de los</p>	<p>Favorecer un ambien-</p> <p>te agradable y pro -</p> <p>porcionar terapia</p> <p>afectiva en todo mo-</p> <p>mento.</p>	<p>Personal de Enfermería</p> <p>y padres de familia.</p>	<p>El ser humano requiere ser ama-</p> <p>do y necesario para tener un a -</p> <p>liciente.</p> <p>Es necesario prodigarle cuida -</p> <p>dos, acariciarlo, tomarlo en bra-</p> <p>zos para que no adquiera una sen-</p> <p>sación de soledad y abandono.</p>	<p>Se logró dar tranquilidad al</p> <p>niño a través de la terapia-</p> <p>afectiva y del acercamiento-</p> <p>físico de la madre.</p>

Problema	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica de las Manifestaciones.	Acciones de Enfermería Responsable de la Acción
Hacinamiento	Habitar 8 personas en una misma habitación.	El bajo nivel socioeconómico condiciona que una vivienda sea compartida con muchas personas. Adquirir una vivienda donde se disponga del espacio necesario requiere de obtener un ingreso mayor al salario mínimo.	Informar a la familia de la conveniencia de aprovechar al máximo el espacio habitacional. Enfermera y Trabajadora Social.

Científica de las
Estaciones.
socioeconómico
una vivienda sea
muchas personas.
cienda donde se
acio necesario re
r un ingreso ma-
fínimo.

Acciones de Enfermería Responsable de la Acción
Informar a la fami- Enfermera y Trabajadora
lia de la convenien Social.
cia de aprovechar
al máximo el espa-
cio habitacional.

Información Científica de las Acciones.

El hacinamiento tiene influen-
cia negativa para el desarrollo
del ser humano, vivir en situacio
nes habitacionales pobres o mise-
rables influye en la motivación.

Plauk identificó cuatro conse-
cuencias del hacinamiento que a-
fectan principalmente a los niños

1. Desafío al sentido de la indi-
vidualidad; debido a que el
niño rara vez se encuentra so-
lo, no puede aprender a verso-
a si mismo para buscar la sa-
tisfacción real de la vida.
2. Alentando a las ilusiones que-
de otras personas tiene el ni-
ño el hacinamiento provoca ing-
vitables contactos con las de-
bilidades de los adultos, por-
lo que al niño se le hace diff-
cil identificarse con padres i-
deales.
3. Tomar a cualquier alusión acer-
ca del sexo; el hacinamiento
hace que el aspecto físico de
la vida sexual sea preponderan

Evaluación

Es difícil para la familia -
resolver el problema del hacinamiento, pues los padres vi-
ven dentro de la escuela en -
donde son conserjes y perciben
el sueldo mínimo. Además de -
que la única que aporta dine-
ro para los gastos de la fami-
lia es la madre.

te sobre su aspecto conceptual; como expresión primordial de las relaciones interpersonales.

4. Dificultad para el conocimiento objetivo del mundo y sus problemas.

Otros de los efectos del hacinamiento y la distribución de la casa, son la fatiga y el dormir poco; el hacinamiento produce también irritación e interrupciones y éstas, a su vez hacen que el sujeto tenga un desgaste de energía que produce fatiga.

Otra consecuencia es que los miembros de la familia pasan la mayor parte del tiempo fuera de su casa sobre todo los niños, lo que favorece que no estén al alcance del control paterno.

P r o b l e m a	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción.	Fundam
Madre Epileptica	Crisis convulsivas tónicas clónicas.	<p>Las características de estos enfermos es que presentan crisis de varios tipos con tendencia a reproducirse con una frecuencia variable. En el curso de estas crisis tienen lugar brusca modificaciones del estado de conciencia que pueden acompañarse o no de movimientos convulsivos.</p> <p>Los epilépticos padecen un trastorno cerebral reflejado en el electroencefalograma, que determina modificaciones de la personalidad y, a veces, incluso enfermedades mentales agudas o crónicas.</p> <p>El mecanismo cerebral del paroxismo epiléptico consiste en una descarga masiva de neuronas cerebrales generalizada en ambos hemisferios o bien localizada en una zona determinada. Esta descarga neuronal paroxística produce ligeras corrientes eléctricas en la superficie del cráneo, que son recogidas, ampliadas y registradas en un electroencefalograma.</p>	Hacer pártcipe a la familia del tratamiento de la señora.	Médico. Enfermera.	<p>Enseñ las c de la ra pu rá un ras, tir de la nu nir u do ha biar le co se du Evita tecci tranq ello. (emoc frust paric comuc La ac medio narfá la en tar u</p>

Causa del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción.	Fundamentación Científica de las Acciones de Enfermería.	Evaluación
<p>de estos en- tantan crisis de endencia a re- frecuencia va- o de estas cri- rusca modifica- de conciencia arse o no de - sivos.</p>	<p>Hacer p�rticipa a la familia del trata- miento de la señora.</p>	<p>Médico. Enfermera.</p>	<p>Enseñar a la familia que durante las crisis se mantendrá el cuello de la enferma en hiperextensión para prevenir la asfixia, se colocara un taquete para evitar mordeduras, colocar alguna prenda de vestir doblada a modo de cojín bajo la nuca del enfermo a fin de prevenir una herida en su cabeza, cuando haya terminado la crisis cambiar rápidamente al enfermo y se le coloca en la cama para que repose durante algunas horas.</p>	<p>La señora acepta asistir a consulta para obtener tratamiento médico.</p>
<p>occur un tras- ocajado en el ma, que determi- do la personali- cluso enfermeda- s o crónicas.</p>			<p>Evitar actitudes extremas de protección o rechazo. Un ambiente tranquilo es lo más favorable para ello. Cualquier tipo de excitación (emociones, ambiente de desorden, frustraciones,...) favorecer la aparición de nuevas manifestaciones comuciales.</p>	
<p>al del paroxis- iste en una des- uronas cerebra- n ambos hemisfe- ada en una zo- ta descarga ne- produce ligo- tricas en la eo, que son re- y registradas- lograma.</p>			<p>La acción terapéutica alcanzará al medio familiar. La enfermera ense�ar� a la familia a desdramatizar la enfermedad epiléptica y a evitar una irregularizaci�n excesiva.</p>	

La crisis del gran mal comprende:

- Una brutal pérdida de conciencia
- La fase tónica.
- La fase clónica.
- La fase estertorosa y el despertar.

Los epilépticos pueden presentar, además de los paraxismos convulsivos, accesos confusionales con onirismo, que duran algunas horas o algunos días.

A veces el acceso se manifiesta sólo por el atontamiento, la periplojidad, así como por las respuestas lentas y lejanas del enfermo, que parece indiferente al entorno. Este estado que se inicia bruscamente para prolongarse durante algunas horas o días, y del que el enfermo no guarda recuerdo alguno se denomina estado crepuscular. Durante estos estados puede suceder que el enfermo libere sus tendencias agresivas.

Junto a estos trastornos característicos de la epilepsia se pueden observar otros trastornos más triviales, tales como estados manicodepresivos, delirios crónicos, estados demenciales y estados de

del enfermo, tendrá que procurarse que se dé al enfermo epiléptico un trato igual al de los demás.

retraso mental.

El epiléptico vive su crisis como una especie de descarga de un estado de tensión. Se puede confirmar esta hipótesis por la relación entre las fases de reaparición de los trastornos de carácter que coinciden con las fases de suspensión de las crisis por los medicamentos anticonvulsivos clásicos y las fases de crisis relacionadas con mejoría del carácter.

El problema más característico de estos enfermos, es quizá su lentitud en cualquier proceso intelectual (bradipsiquia). También están afectadas la memoria y la atención pero estas deficiencias son muy variables de un período a otro.

Este carácter variable se encuentra de nuevo en el terreno afectivo. El enfermo se muestra melancólico, inactivo, con el habla y gesticulación lentas, retraído y muy ligado a sus parientes y objetos propios, con grandes prejuicios morales y religiosos y a veces excitado, explosivo y violento, metiéndose con todo el que le rodea. En definitiva la personalidad epilép-

tica parece oscilar entre la viscosidad característica de su habitual conducta y la explosividad manifiesta en las crisis paroxísticas.

P r o b l e m a	Manifestación del Problema.	Fundamentación científica del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción.
Padre Alcohólico	Inseguridad, irresponsabilidad, agresividad.	<p>El alcohólico está afectado de una enfermedad, ya que no ha podido adaptar su personalidad a una acción tóxica exógena, el alcohol.</p> <p>El alcohólico no depende sólo de la cantidad de bebida que toma al día, aunque en general las cantidades de alcohol por estos enfermos son excesivas. La diferencia entre el alcohólico y el que no lo es, estriba en que el alcohólico, después de haber tomado una cantidad de bebidas alcohólicas, siente la necesidad de volver a beber.</p> <p>Alcohólico es aquel que, tras una primera consumación, siente la irresistible necesidad de continuar bebiendo. Esta "pérdida de libertad" o esta dependencia hacia el consumo de alcohol es el criterio esencial de toda definición de alcoholismo.</p> <p>Uno de los primeros efectos del alcohol es anular ciertos controles, reducir la autocritica, el juicio y dar un confortable sentimiento de seguridad y de autoconfianza, a</p>	<p>Psicoterapia individual y de grupo.</p>	<p>Médico psiquiatra. Enfermera.</p>

Dica del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción.	Fundamentación Científica de las Acciones	Evaluación.
<p>afectado de una no ha podido nalidad a una ac a, el alcohol.</p> <p>pende sólo de vida que toma al boral las cantida estos enfermos. diferencia entre que no lo es, alcohólico, desado una cantidad. licas, siente la er a beber.</p> <p>el que, tras una ón, siente la i-- idad de continuar érdida de liber-- dencia hacia el l es el criterio- definición de al-</p> <p>ros efectos del al ciertos controles, ítica, el juicio- ble sentimiento - e autoconfianza, a</p>	<p>Psicoterapia indivi dual y de grupo.</p>	<p>Médico psiquiatra. Enfermera.</p>	<p>La finalidad del psicoterapéuta consiste en reforzar la personali- dad del enfermo, ayudándole a to - mar conciencia de las tensiones - emocionales que se había acostum- brado evitar recurriendo al alco- hol, esto permite al alcohólico reorganizar su vida y afrontar sus problemas sin hacer uso del alcohol.</p> <p>Cuanto más participe la enfermera en la psicoterapia explicativa, mejor prestará el necesario apoyo, para ello le será preciso un buen- conocimiento de la historia indivi dual del enfermo.</p> <p>Normalmente, el enfermo no admite- el carácter nocivo del alcohol más que tras un largo período de tien- po durante el cual frecuentes en- trevistas le ayudarán a una toma de conciencia y a un examen críti- co de su pasado.</p>	<p>El padre del niño acepta incor- porarse al grupo de Alcohólicos Anónimos formado en el hospital.</p>

un cierto nivel, el alcohol es un tranquilizante. Esta supresión de las inhibiciones permite la libre-expresión de las pulsiones afectivas normalmente reprimidas y de ahí que, frecuentemente, los sujetos alcohólicos expresan sentimientos hostiles y agresivos que guardaban en su interior al precio de una tensión interna, que siente a continuación un gran alivio. Por cuando cesa la acción del alcohol reaparece la tensión a menudo más vivamente, a causa del sentimiento de culpabilidad y del temor a las represalias que suceden a sus manifestaciones de agresividad. El alcohol se hace entonces necesario, una vez más, para vencer la tensión, y así se cierra el círculo vicioso de la espiral sin fin en la que se encuentra encerrado el enfermo.

Por lo general los sujetos que llegan a depender del alcohol poseen una personalidad con dificultades en sus relaciones sociales. Normalmente la conducta alcohólica aparece en sujetos con una personalidad débil, como si su desarrollo afectivo no hubiera llegado a su madu-

rez y tuviera un índice muy bajo de tolerancia a la frustración y la ansiedad. El sujeto tiene permanentemente una gran dificultad para asumir sus responsabilidades de adulto. Son de carácter inquieto, tímidos, con un sentimiento de inferioridad y de inseguridad en sus relaciones personales, aunque desean, no obstante tener una mejor imagen de sí mismo, sin necesidad de desplegar la energía que para ello hace falta.

P r o b l e m a	Manifestación del Problema	Fundamentación Científica del Problema.	Acciones de Enfermería	Responsable de la Acción	Fuente
Nivel Socio-económico bajo.	Situación económica deficiente, que repercute en su estado nutricional e higiénico y en su modo de vida.	La economía de un pueblo y los factores que la determinan hacen que el individuo, familia y sociedad en que viven tengan o no satisfactores adecuados para sus necesidades, tales como la satisfacción del hambre, la que satisfecha adecuadamente o no, dará estados nutricionales normales o carenciales en los individuos de una sociedad, así como también carencia de leche y abrigo que se traducen en falta de urbanismo, promiscuidad, hacinamiento, pérdida de la autocrítica, de la dignidad, pervocación, prostitución y en última instancia, crímenes, a las que se suman carencias de facilidades para la educación, aumento de analfabetismo, bajo rendimiento escolar, aparición de sentimientos de inferioridad y complejos psicológicos y por último un nivel cultural pobre. Estos son algunos de los factores que intervienen en el proceso-salud enfermedad de un niño durante su crecimiento y desarrollo.	<p>Orientar a la familia para que detecten oportunamente problemas que puedan interferir en el equilibrio del proceso salud enfermedad y concientizarlos de la importancia que tiene el prevenir las enfermedades y utilizar los recursos con los que cuenta.</p> <p>Dar orientación para la salud, para promover una nutrición adecuada de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de la familia.</p>	Personal de enfermería y el equipo interdisciplinario de salud.	Es- 11- sa- ind- de- equ- bas- a) b) c) t- 1- a- d- 1- 1- d) D- 8- e) Mo- li- f) Ca- g) Mo- mi- h) Ro- La pr- ción

fica del
blo y los
ninan ha-
familia-
en tengan
cuados
tales co
l hambre,
cuadamen-
nutrició
nciales
una socie
carencia
se tradu
ismo, pro
p, pérdi-
de la
prostitu-
ncia,
uman ca-
s para la
analfabe
o osco-
nientes:
mejor
mo un
Estos
tores
proceso-
nifo duran
arrollo.

Acciones de Enfermería
Orientar a la familia-
para que detecten oportu-
namente problemas
que puedan interferir-
en el equilibrio del
proceso salud enfermeda-
dad y concientizarlos
de la importancia que
tiene el prevenir las-
enfermedades y utili-
zar los recursos con -
los que cuenta.

Dar orientación para -
la salud, para promo-
ver una nutrición ade-
cuada de acuerdo a las
condiciones socioeconó-
micas de la familia.

Responsable de la Acción
Personal de enfermería
y el equipo interdis-
ciplinario de salud.

Fundamentación Científica de las Acciones -
de Enfermería.

Es función de la salud pública el
llevar a cabo la promoción de la
salud, al pretender mantener al
individuo en estado de normalidad
de bienestar físico y mental y el
equilibrio con su ambiente. Sus -
bases radican en:

- a) Educación médica sexual, plani-
ficación familiar hábitos y
costumbres, educación nutricio-
nal, dirigida a las madres, a-
los maestros, a los niños con-
relación a su edad y a los de-
más grupos de la comunidad.
- b) Realizar programas de control-
de crecimiento y desarrollo
pre y post-natal.
- c) Promover el saneamiento ambien-
tal, agua potable intradomici-
liaria, disposición de excretas
eliminación de basura, control
de fauna nociva, higiene de
los alimentos, mejoramiento de
la vivienda,
- d) Distribución racional del in-
greso familiar.
- e) Mejoramiento del ambiente fami-
liar.
- f) Capacitación familiar y laboral.
- g) Mejoramiento del ingreso econó-
mico.
- h) Recreación

La protección específica es fun-
ción también de la salud pública.

Evaluación.
previo al egreso del paciente, los fun-
dadores recibieron orientación en el De-
partamento de Trabajo Social para la
realización de un estudio socioeconómi-
co y la elaboración de un plan que per-
mitiera el planteamiento de los proble-
mas sentidos y no sentidos y por orden
de importancia dar alternativas de so-
lución, de tal manera que puedan detec-
tarse a tiempo y así evitar la reinsi-
dencia de los problemas ya antes mencio-
nados.

FE DE RATAS

En la Historia Natural de la Nutrición en factores del ambien
te dice: Disponibilidad de Nutrición, debe decir Disponibili-
dad de nutrientes.