



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CLÍNICA AVANZADA
CON ÉNFASIS EN CUIDADO PEDIÁTRICO

TITULO

**PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO DEL LACTANTE MAYOR CON
DESNUTRICIÓN AGUDA**

PRESENTA

Licenciado en Enfermería.

Carlos Alberto Reséndiz Villa

TESINA:

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Pediátrico**

DIRECTORA DE TESINA

L.E Lucero Méndez Blanco MAAE

San Luis Potosí S.L.P. Junio 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CLÍNICA AVANZADA
CON ÉNFASIS EN CUIDADO PEDIÁTRICO

TITULO

**PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO DEL LACTANTE MAYOR CON
DESNUTRICIÓN AGUDA**

PRESENTA

Licenciado en Enfermería.

Carlos Alberto Reséndiz Villa

TESINA:

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Pediátrico**

DIRECTORA DE TESINA

L.E Lucero Méndez Blanco MAAE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CLÍNICA AVANZADA
CON ÉNFASIS EN CUIDADO PEDIÁTRICO

TITULO

**PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO DEL LACTANTE MAYOR CON
DESNUTRICIÓN AGUDA**

PRESENTA

Licenciado en Enfermería.

Carlos Alberto Reséndiz Villa

TESINA:

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Cuidado Pediátrico**

SINODALES

MCE María Leticia Venegas Cepeda _____

Presidente

MSP María Estela Rodríguez Martínez _____

Secretaria

MAEE Lucero Méndez Blanco _____

Vocal

AGRADECIMIENTO:

Le agradezco a DIOS por haberme permitido llegar vivir este día, por ser mi apoyo, mi luz, mi camino y fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias y sobre todo felicidad.

A toda mi familia, especialmente a mis padres, por brindarme siempre y en todo momento su amor y apoyo durante toda mi carrera, ya que gracias a ellos hoy fue posible alcanzar esta meta.

A todas aquellas personas que fueron pilares importantes en mi formación profesional; a todos mis profesores de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en especial a la maestra María Candelaria Betancourt Esparza; por el tiempo, dedicación y su paciencia, así como por el trabajo realizado y responsabilidad ante la formación de nuevos profesionales.

A CONACYT por otorgarme una beca; por promover y apoyar siempre el desarrollo de la investigación científica y fortalecimiento académico.

GRACIAS...

RESUMEN

El Especialista en Cuidado Pediátrico, es aquel profesional del área de la salud que tiene como objetivo proporcionar cuidados integrales desde un enfoque holístico al niño en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo; incluyendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Un niño mal alimentado durante los primeros 2 años de vida, sufrirá las consecuencias de padecer desnutrición. Manifestará lesiones cerebrales irreversibles como: baja capacidad de percepción y aprendizaje, dificultad en el lenguaje y bajo nivel de desarrollo psicomotor. Las consecuencias y repercusiones en la salud dependen del número y calidad de nutrientes que falte en el organismo.

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de las personas con desnutrición 389 millones son infantes; 109 millones sufren insuficiencia inmunitaria, 230 millones retraso en el crecimiento y 50 millones desnutrición severa. En la actualidad, continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y México no es la excepción.

Debido a esto, se decidió elaborar una tesina bajo la modalidad de revisión sistemática, en la que se desarrolla Proceso Cuidado de Enfermería en la atención del lactante mayor con diagnóstico de desnutrición. Se fundamentó el diagnóstico de "Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales (00002), integrando la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Así mismo se pretende que el profesional de enfermería con énfasis en cuidado pediátrico lo conozca, lo trabaje y lo implemente, para al mismo tiempo favorecer la mejora en su desempeño como profesional de la salud en este problema.

ABSTRACT

Specialist in Pediatric Care, is one professional in the area of health that aims to provide comprehensive care from a holistic approach to child at different stages of growth and development; including disease prevention and health promotion.

A malnourished child during the first 2 years of life, suffer the consequences of malnutrition. It irreversible brain damage manifested as low capacity of perception and learning, language difficulties and low psychomotor development. The consequences and impact on health depend on the number and quality of nutrients missing from the body.

According to the United Nations Organization (ONU), of the 389 million malnourished people are infants; 109 million suffer from immune deficiency, 230 million stunted and 50 million severely malnourished. Today, it remains a public health problem worldwide and Mexico is no exception.

Because of this, it was decided to prepare a thesis in the form of systematic review, which Nursing Care Process develops in the care of older baby diagnosed with malnutrition. diagnosis "was based nutritional imbalance: less than body needs intake (00002), integrating NANDA, NIC, NOC taxonomy. It also is intended that the nurse with an emphasis on pediatric care not know, what works and implement it, to simultaneously promote improvement in their performance as healthcare in this problem.

INDICE.

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	JUSTIFICACION.....	4
III.	OBJETIVOS.....	8
IV.	METODOLOGIA.....	9
V.	MARCO TEORICO.....	10
	5.1 Crecimiento y desarrollo.....	10
	5.2 Nutrición y su relación con el crecimiento y desarrollo del lactante.....	20
	5.3 Nutrición, seguridad alimentaria y salud.....	27
	5.4 Desnutrición.....	29
	5.5 Desnutrición aguda.....	34
	5.6 Desarrollo motor.....	52
VI.	NUTRICION PAPEL DE ENFERMERIA PEDIATRICA.....	58
VII.	PROCESO CUIDADO ENFERMERO.....	60
	7.1 Valoración.....	60
	7.2 Diagnostico.....	62
	7.3 Planeación.....	69
	7.4 Ejecución.....	83
	7.5 Evaluación.....	85
VIII.	CONCLUSIONES.....	87
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89
X.	ANEXOS.....	95

CUADRO 1. HITOS DEL DESARROLLO DURANTE LOS 2 PRIMEROS AÑOS DE VIDA

HITO	EDAD MEDIA DE CONSECUION	IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO
------	--------------------------	----------------------------------

DESARROLLO GROSERO.

Cabeza firme, sentado	2	Permite más interacción visual
Empuja para sentarse, no retraso de la cabeza	3	Tono muscular
Junta las manos en la línea media	3	Autodescubrimiento de las manos
Desaparece el reflejo cervical tónico asimétrico	4	Puede inspeccionar las manos en línea media
Se sienta sin soporte	6	Aumento de la exploración
Rueda de prono a supino	6.5	Flexión del tronco, riesgo de caídas.
Camina solo	12	Exploración, control de la proximidad de los padres.
Corre	18	Mayor dificultad de la supervisión.

DESARROLLO FINO.

Coge el sonajero	3.5	Uso de objetos
Extiende para coger objetos.	4	Coordinación visual-motora
Desaparece la presión palmar	4	Liberación voluntaria.
Trasfiere objetos de una mano a otra.	5.5	Comparación de objetos.
Presión pulgar-otro dedo.	8	Capaz de explorar objetos pequeños.
Pasa páginas de libro.	12	Aumento de la autonomía durante el tiempo con libros.
Garabatea.	13	Coordinación visual-motora
Construye torres de dos cubos	15	Uso de objetos en combinación.
Construye torres de 6 cubos.	22	Requiere coordinación visual y motora grosera y fina.

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE.

Sonríe en respuesta a cara, voz	1,5	Participación social más activa
Balbuceo monosilábico.	6	Experimentación con sonido, sentido del tacto.
Inhibe en respuesta a “no”	7	Respuesta al tono (no verbal)
Sigue orden de un paso con gesto	7	Comunicación no verbal.
Sigue orden de una etapa sin gesto	10	Lenguaje receptivo no verbal (p. ej., “dámelo”)
Dice “mama” o “papa”.	10	Lenguaje expresivo
Señala objetos.	10	Comunicación interactiva
Pronuncia primera palabra real	12	Comienza a etiquetar
Pronuncia 4-6 palabras	15	Adquisición de nombres de objetos y personas.
Pronuncia 10-15 palabras.	18	Adquisición de nombres de objetos y personas
Pronuncia frases de dos palabras (p. ej., “zapato mama”.	19	Comienzo con la dramatización, se corresponde con un vocabulario de más de 50 palabras.

COGNITIVO.

Fija momentáneamente la mirada en el punto donde desapareció el objeto.	2	Ausencia de la permanencia del objeto (fuera de la vista, fuera de la mente “caída de la bola de hilo”.
Fija la mirada en su propia mano	4	Autodescubrimiento, causa y efecto.
Entre choca dos cubos	8	Comparación activa de los objetos
Descubre el juguete (después de buscarlo)	8	Permanencia del objeto.
Finge juego egocéntrico (p. Ej., finge que bebe de un vaso)	12	Comienzo del pensamiento simbólico

Usa una varilla para alcanzar el juguete.	17	Capaz de relacionar acciones con la resolución de problemas.
Finge juego con muñecas (p. ej., le da el biberón)	17	Pensamiento simbólico.

(18)

CUADRO 2. PATRONES EMERGENTES DE COMPORTAMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

A LOS 7 MESES.

Prono:	Rueda sobre sí mismo; gira; se arrastra o gatea (Knobloch)
Supino:	Eleva la cabeza; rueda sobre sí mismo; movimientos de retorcimiento.
Sentado.	Se sienta brevemente, con soporte de la pelvis; se inclina hacia adelante sobre las manos; espalda redondeada.
De pie:	Puede soportar la mayor parte de peso; brinca activamente.
Adaptativo:	Alcanza y sujeta objetos grandes; trasfiere objetos de una mano a otra; usa palma para presión; arrastra bola.
Lenguaje:	Forma sonidos vocales parisilábicos.
Social:	Prefiere a la madre; balbucea; le gustan los espejos; responde a cambios en el contenido emocional del contacto social.

A LOS 10 MESES.

Sentado:	Se sienta solo y permanece sentado definitivamente sin soporte, con la espalda recta.
De pie:	Empuja hacia la posición erecta, "navega" o camina apoyando en los muebles.
Motor:	Se arrastra o gatea.
Adaptativo:	Sujeta objetos con el pulgar e índice: hurga en las cosas con el índice; coge bola con movimiento; descubre el juguete oculto; intenta recoger el objeto caído; suelta el objeto sujeto por otra persona.
Lenguaje:	Sonidos consonantes repetidos (mama o papa)
Social:	Responde al sonido de nombre; juega a "cucú" o a dar palmadas; dice adiós con la mano.

AL AÑO

Motor:	Camina cogido de la mano (48 semanas); se levanta independientemente; da varios pasos de (Knobloch)
Adaptativo:	Coge bola con movimiento de pinza del pulgar y el índice; sin ayuda, entrega el objeto a otra persona bajo petición o gesto.
Lenguaje:	Dice unas pocas palabras; además de "mama, papa".
Social:	Juego simple con pelota, ajusta la postura al vestirse.

(18)

CUADRO 3. PATRONES DE CONDUCTA QUE APARECEN ENTRE LOS 1-5 AÑOS DE EDAD.

15 MESES

Motor:	Camina solo; gatea para subir escaleras.
Adaptativo:	Construye torres de 3 cubos; pinta una línea con una tiza, mete pasas en frascos.
Lenguaje:	Jerga; obedece ordenes simples; puede nombrar un objeto familiar (p. ej., pelota), responde a su nombre.
Social:	Indica algunos deseos o necesidades señalando; abraza a los padres.

18 MESES.

Motor:	Corre rígido; se sienta en sillas pequeñas, sube escaleras andando, sujeto por una mano, explora cajones y papeleras.
Adaptativo:	Construye torres de 4 cubos; imita garabateo, imita trazo vertical; saca pasas del frasco.
Lenguaje:	10 palabras (media); nombra figuras; identifica una o más partes del cuerpo.
Social:	Come solo; pide ayuda en caso de necesitarla; puede quejarse cuando esta mojado o sucio; besa a los padres frunciendo los labios.

24 MESES.

Motor:	Corre bien; sube y baja escalones de uno en uno; abre puertas; se sube a los muebles, salta.
Adaptativo:	Construye torres de 7 cubos (6-21 meses); garabateo circular; imita trazo horizontal, pliega papel imitando.

Lenguaje:	Une 3 palabras (sujeto, verbo, objeto)
Social:	Coge bien la cuchara; cuenta con frecuencia las experiencias inmediatas; ayuda a desvestirse; escucha historia con dibujos.

30 MESES.

Motor:	Sube escaleras alternando los pies.
Adaptativo:	Construye torres de 10 cubos, pinza trazos verticales y horizontales, pero en general no los une para pintar una cruz; imita trazo circular para formar figuras cerradas.
Lenguaje:	Se refiere a si mismo con el pronombre "yo"; conoce su nombre completo.
Social:	Ayuda a recoger, finge en el juego.

36 MESES.

Motor:	Monta en triciclo; se mantiene momentáneamente sobre un pie.
Adaptativo:	Construye torres de 10 cubos; imita la construcción de un "puente" de 3 cubos; copia un círculo, imita una cruz.
Lenguaje:	Sabe su edad y su sexo; cuenta 3 objetos correctamente, repite 3 números o una frase de 6 sílabas; la mayor parte de su lenguaje es comprensible para los ajenos a la familia.
Social:	Juega a juegos sencillos (en "paralelo" con otros niños); ayuda a vestirse (desabotona las prendas y se pone los zapatos); se lava las manos.

48 MESES.

Motor:	Salta a la pata coja; lanza una pelota por encima de la cabeza; utiliza tijeras para recortar figuras; sube bien.
Adaptativo:	Copia un puente a partir de un modelo; imita la construcción de una "puerta" de 5 cubos; copia una cruz y un cuadrado; dibuja un hombre con 2 a 4 partes, además de la cabeza; nombra más de 2 líneas.
Lenguaje:	Cuenta 4 monedas con exactitud; narra una historia.
Social:	Juega con varios niños, con comienzo de interacción social e interpretación de un papel-, va solo al aseo.

60 MESES.

Motor:	Salta.
Adaptativo:	Copia un triángulo; distingue entre 2 pesos.
Lenguaje:	Nombra 4 colores; repite frases de 10 sílabas; cuenta 10 monedas correctamente.
Social:	Se viste y se desviste; pregunta sobre el significado de palabras; juega a interpretar papeles domésticos.

(18)

CUADRO 4. ENFERMEDADES PARA LAS QUE SE HA SUGERIDO QUE LA LECHE MATERNA TIENE UN EFECTO PROTECTOR. (20)

Enfermedades agudas. (Diarrea, infección urinaria, sepsis, otitis media, enterocolitis necrosante y botulismo infantil.)

Enfermedades crónicas. (Diabetes mellitus insulino dependiente, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, neoplasia infantil, linfoma, leucemia, otitis media recurrente y alergias).

Obesidad y sobrepeso.

Ingresos hospitalarios

Mortalidad infantil.

CUADRO 5. REQUERIMIENTOS DIETÉTICOS RECOMENDADOS (DIR) PARA LACTANTES.

	Requerimientos (día) 0,5- 1 año	Aportes de 1 litro de leche materna	Aporte de 1 litro de leche de vaca
Energía (Kcal)	734-676	650-700	680
Hierro (mg)	11	0,3-0.9	0.46
Calcio (mg)	260	200-250	1200
Vitamina D (UI)	400	13	24
Proteínas (g)	11	9-12.6	33

(11)

CUADRO 6. HABILIDADES PARA LA ALIMENTACION DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 36 MESES.

EDAD (MESES)	ALIMENTACION /SENSITIVO MOTOR ORAL.
Nacimiento hasta 4-6	<p>Lactancia materna o en biberón.</p> <p>Mano en el biberón durante la toma (2-4 meses)</p> <p>Mantiene postura semi-flexionada durante la toma.</p> <p>Promoción de la interacción lactante-padres.</p>
6-9 (alimentación de transición)	<p>Alimentación en posición más erguida.</p> <p>Alimentación con cuchara de alimentos finos, triturados.</p> <p>Patrón e succión inicialmente succiona- chupa.</p> <p>Sujeta el biberón con ambas manos.</p> <p>Introducción de alimentación con los dedos.</p> <p>Mordida vertical de solidos que se disuelve fácilmente.</p> <p>Preferencia por los padres para alimentarle.</p>
9-12	<p>Bebida en taza.</p> <p>Come alimentos grumosos, aplastados.</p> <p>Comida con los dedos de solidos que se disuelven fácilmente.</p> <p>La masticación incluye una acción rotatoria de las mandíbulas.</p>
12-18	<p>Autoalimentación; agarra la cuchara con toda la mano.</p> <p>Sujeta la taza con dos manos.</p> <p>Bebe 4-5 tragos consecutivos.</p> <p>Sujeta y vuelca el biberón.</p>
18-24	<p>Deglución con cierre de labios.</p> <p>Predominio de autoalimentación.</p> <p>Masticación de alimentos de diferentes tamaños.</p> <p>Precisión de movimientos de subida y bajada de la lengua.</p>
24-26	<p>Rotaciones circularías de la mandíbula.</p> <p>Masticación con labios cerrados.</p> <p>Sujeción de la taza con una mano y bebida de taza abierta sin tirar el líquido.</p> <p>Utiliza los dedos para llenar la cuchara.</p> <p>Come una amplia variedad de alimentos sólidos.</p> <p>Autoalimentación total, uso del tenedor.</p>

CUADRO 7. TRES MITOS SOBRE NUTRICIÓN.

Mito 1: La malnutrición es principalmente un problema de ingesta alimentaria inadecuada. No es así. Los alimentos son por supuesto importantes. Pero la mayoría de la malnutrición grave está causada por una mala higiene y por enfermedades, que causan diarrea, especialmente en los niños pequeños. La situación de las mujeres y su educación desempeñan una función importante en la mejora de la nutrición. Es fundamental mejorar la atención a los niños.

Mito 2: La mejora en la nutrición es un derivado de otras medidas de reducción de la pobreza y del avance económico. No es posible iniciar el proceso de forma rápida. De nuevo falso. La mejora de la nutrición requiere una acción dirigida por parte de los padres y las comunidades, respaldada por las acciones locales y nacionales en salud y servicios públicos, especialmente en agua e higiene.

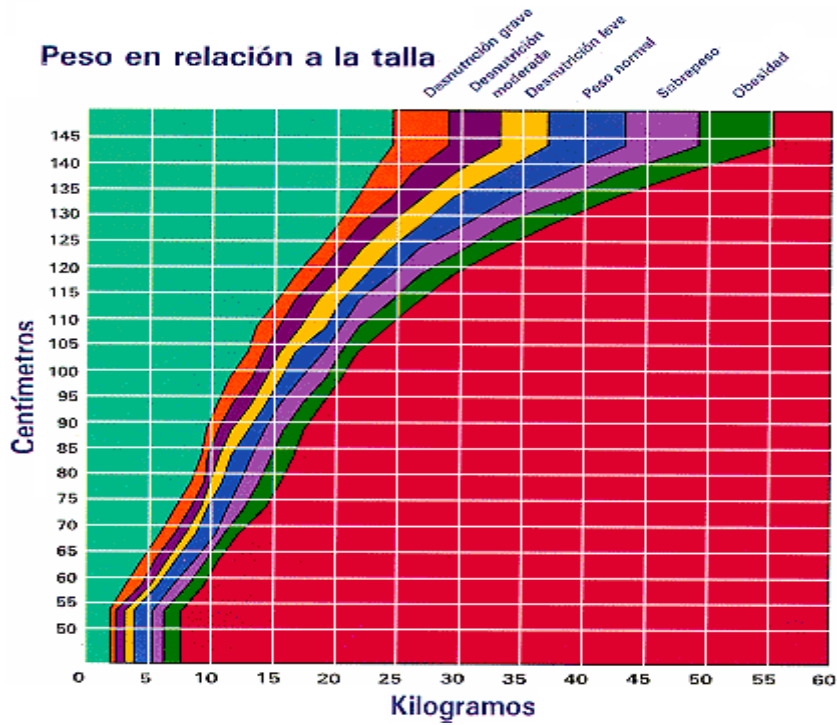
Mito 3: Dada la escasez de recursos, las acciones integrales sobre la nutrición son difícilmente factibles a gran escala, especialmente en países pobres. Falso de nuevo. A pesar de impedimentos económicos graves, muchos países en desarrollo han hecho progresos impresionantes. Más de dos tercios de las personas que viven en países en desarrollo comen actualmente con sal yodada, lo cual combate el déficit de yodo y la anemia que afecta a cerca de 3.500 millones de personas, especialmente mujeres y niños de 100 países. Aproximadamente 450 millones de niños al año reciben actualmente capsulas de vitamina A, con lo que se trata un déficit de causa de ceguera y aumenta la mortalidad infantil. Se ha encontrado nuevas vías para promover y apoyar la lactancia materna, y se están manteniendo sus tasas en muchos países y aumentado en otros. La vacunación masiva y la promoción de la rehidratación oral para reducir las muertes por diarrea también han hecho muchos por el morar la nutrición.

CUADRO 8. PESO Y ESTATURA E IMC CON LA EDAD.

NUTRICIÓN												
PESO Y ESTATURA DE ACUERDO CON LA EDAD												
NIÑAS						EDAD	NIÑOS					
PESO (Kg)				ESTATURA (cm)			PESO (Kg)				ESTATURA (cm)	
PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBRE PESO	OBEESIDAD	MINIMA	IDEAL		PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBRE PESO	OBEESIDAD	MINIMA	IDEAL
<2.8	3.2	>3.7	>4.2	47.3	49.1	AL NACER	<2.9	3.3	>3.9	>4.4	48.0	49.9
<3.6	4.2	>4.8	>5.5	51.7	53.7	1 MES	<3.9	4.5	>5.1	>5.8	52.8	54.7
<4.5	5.1	>5.8	>6.6	55.0	57.1	2 MESES	<4.9	5.6	>6.3	>7.1	56.4	58.4
<5.2	5.8	>6.6	>7.5	57.7	59.8	3 MESES	<5.7	6.4	>7.2	>8.0	59.4	61.4
<5.7	6.4	>7.3	>8.2	59.9	62.1	4 MESES	<6.2	7.0	>7.8	>8.7	61.8	63.9
<6.1	6.9	>7.8	>8.8	61.8	64.0	5 MESES	<6.7	7.5	>8.4	>9.3	63.8	65.9
<6.5	7.3	>8.2	>9.3	63.5	65.7	6 MESES	<7.1	7.9	>8.8	>9.8	65.5	67.6
<6.8	7.6	>8.6	>9.8	65.0	67.3	7 MESES	<7.4	8.3	>9.2	>10.3	67.0	69.2
<7.0	7.9	>9.0	>10.2	66.4	68.7	8 MESES	<7.7	8.6	>9.6	>10.7	68.4	70.6
<7.3	8.2	>9.3	>10.5	67.7	70.1	9 MESES	<8.0	8.9	>9.9	>11.0	69.7	72.0
<7.5	8.5	>9.6	>10.9	69.0	71.5	10 MESES	<8.2	9.2	>10.2	>11.4	71.0	73.3
<7.7	8.7	>9.9	>11.2	70.3	72.8	11 MESES	<8.4	9.4	>10.5	>12.0	72.2	74.5
<7.9	8.9	>10.1	>11.5	71.4	74.0	1 AÑO	<8.6	9.6	>10.8	>13.7	73.4	75.7
<9.1	10.2	>11.6	>13.2	77.8	80.7	1 AÑO 6 MESES	<9.8	10.9	>12.2	>15.3	79.6	82.3
<10.2	11.5	>13.0	>14.8	83.2	86.4	2 AÑOS	<10.8	12.2	>13.6	>16.9	84.8	87.8
<11.2	12.7	>14.4	>16.5	87.1	90.7	2 AÑOS 6 MESES	<11.8	13.3	>15.0	>18.3	88.5	91.9
<12.2	13.9	>15.8	>18.1	91.2	95.1	3 AÑOS	<12.7	14.3	>16.2	>19.7	92.4	96.1
<13.2	15.0	>17.2	>19.8	95.0	99.0	3 AÑOS 6 MESES	<13.6	15.3	>17.4	>19.7	95.9	99.9
<14.0	16.1	>18.5	>21.5	98.4	102.7	4 AÑOS	<14.4	16.3	>18.6	>21.2	99.1	103.3
<14.9	17.2	>19.9	>23.2	101.6	106.2	4 AÑOS 6 MESES	<15.2	17.3	>19.8	>22.7	102.3	106.7
<15.8	18.2	>21.2	>24.9	104.7	109.4	5 AÑOS	<16.0	18.3	>21.0	>24.2	105.3	110.0

Fuente: Sistema nacional de salud /cartilla de vacunación 2014. (52)

CUADRO 9. PERCENTILA DE PESO/TALLA EN DIFERENTES GRADOS NUTRICIONALES.



Fuente: Sistema nacional de salud /cartilla de vacunación 2014. (52)

CUADRO 10. PERCENTILA DE PESO EN RELACION A LA EDAD.



Fuente: Sistema nacional de salud /cartilla de vacunación 2014. (52)

CUADRO 11. TABLA DE NUTRIENTES FUNDAMENTALES POR GRUPO DE EDAD EN PEDIÁTRICOS.

EDAD AÑOS	ENERGIA		PROTEINAS gr.	CALCIO Mgr.	HIERRO Mgr.	IODO Mgr.	ZINC mgr	MAGNESIO Mgr.	TIAMINA Mgr.
	Kcal	Kj							
0 – 0.5	650	2,750	14	500	7	35	3	60	0,3
0.5 - 1	950	3,975	20	600	7	45	5	85	0,4
1 – 3	1,250	5,250	23	800	7	55	10	125	0,5
4 – 5	1,700	7,113	30	800	9	70	10	200	0,7
6 – 9	2,000	8,368	36	800	9	90	10	250	0,8

Fuente: Desnutrición energético-proteica 2011 (26)

CUADRO 12. MOTIVOS POR LOS CUALES PERSISTE LA MALNUTRICIÓN EN MUCHOS HOGARES CON SEGURIDAD ALIMENTARIA.

- Las mujeres embarazadas y lactantes comen pocas calorías y pocas proteínas, tienen infecciones no tratadas, como enfermedades de transmisión sexual que causan bajo peso al nacer, o no descansan lo suficiente.
- Las madres tienen poco tiempo para cuidar a sus hijos pequeños o de sí misma durante el embarazo.
- Las madres de recién nacidos desechan el calostro, la leche de los primeros días, que fortalece el sistema inmunológico del niño.
- Las madres con frecuencia alimentan a los niños menos de 6 meses de edad con alimentos diferentes a la leche materna aunque la lactancia materna es la mejor fuente de nutrientes y la mejor protección contra muchas enfermedades infecciosas y crónicas.
- Los cuidadores empiezan a introducir alimentos sólidos complementarios demasiado tarde.
- Los cuidadores alimentan a los niños menores de 2 años de edad con poca comida o con alimentos que no tienen densidad calórica.
- Aunque se dispone de alimentos, debido a una distribución inadecuada de los mismos en la familia no se cumplen las necesidades de las mujeres y los niños pequeños y sus dietas con frecuencia no contienen suficiente cantidad de los nutrientes adecuados o de proteínas.
- Los cuidadores no saben cómo alimentar a los niños durante y después de la diarrea o la fiebre.
- La mala higiene de los cuidadores contamina los alimentos con bacterias o parásitos.

CUADRO 13. SIGNOS CLÍNICOS.

Lugar	Signos
Cara	Cara de luna llena (Kwashiorkor), cara semiesca (Marasmo)
Ojos	Sequedad ocular, palidez conjuntival, manchas de Bitot (Vitamina A), edema periorbitario.
Boca	Estomatitis angular, quelitis, glositis, inflamación y hemorragia de encías (vitamina C), hipertrofia parotídea.
Dientes	Moteado de esmalte, retraso de la erupción.
Cabello	Mate, escaso, quebradizo, hipopigmentado, signo de bandera (bandas alternantes de color claro y normal), pestañas largas, alopecia.
Piel	Flácida y arrugada (marasmo), brillante y edematosa (Kwashiorkor), seca, hiperqueratosis folicular, hiper-e hipopigmentacion o de pintura desconchada), erosiones, mala cicatrización de heridas.
Uñas	Coiloniquia, placas ungueales delgadas y finas, fisuras o crestas.
Musculatura	emaciación muscular, especialmente en glúteos y músculos; signos de Chvostek o de Trousseau (hipocalcemia)
Huesos	Deformidades, generalmente como consecuencia de déficit de calcio, vitamina D o de vitamina C.
Abdomen	Distendido, hepatomegalia con hígado graso, puede haber ascitis.
Cardiovascular	Bradycardia, hipotensión, disminución del gasto cardiaco, vasculopatía de pequeño vaso.
Neurológico	Retraso global de desarrollo, perdida de reflejo rotuliano y aquileo, trastornos de la memoria.
Hematológico	Palidez, petequias, diátesis hemorrágica.
Conducta	Letárgica, apática, irritable al ser explorado.

(6)

CUADRO 14. RASGOS DE LABORATORIO DE LA DESNUTRICIÓN GRAVE

Variables del plasma o la sangre	Información que aporta.
Hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, volumen corpuscular medio.	Grado de deshidratación y anemia; tipo de anemia (deficiencia de hierro/ácido fólico y vitamina B12, hemolisis, paludismo)
Glucosa	Hipoglucemia
Electrolitos y alcalinidad	
• Sodio	Hiponatremia, tipo de deshidratación
• Potasio	Hipopotasemia
• Cloruro, pH, bicarbonato	Alcalosis o acidosis metabólica.
Proteínas totales, transferrina, (pre) albumina	Grado de deficiencia de proteínas.
Creatinina	Función renal.
Proteína C reactiva, recuento linfocitario, serología, frotis de sangre y gota gruesa.	Presencia de infecciones bacterianas o víricas o paludismo.
Análisis de las heces.	Presencia de parásitos.

(6)

CUADRO 15. Clasificación de la Desnutrición.

a) Clasificación de Wellcome		
Edema.		
Peso (% del estándar)	Presente	Ausente
80 – 60	Kwashiorkor	Peso bajo
Menos 60	Marasmo - Kwashiorkor	Marasmo
b) Clasificación por Gómez.		
Grado	Porcentaje del peso esperado para la edad	
I	76 – 90	
II	60 – 75	
III	Menos 60	
c) Clasificación de Waterlow		
Déficit	Porcentaje del peso esperado para la talla	
Leve	80 – 89	
Moderado	70 – 79	
Grave	Menos 70	
Déficit	Porcentaje de la talla esperada para la edad	
Leve	90 – 94	
Moderado	85 – 89	
Grave	Menos 85	

Fuente: Estándar = percentil 50 de tablas de la OMS, 2006. (6)

CUADRO 16.

Características clínicas de niños con desnutrición grave de mal pronóstico.

- Estupor o coma
- Menor de 6 meses de edad
- Peso para la talla menor del 60% o menos – 3 puntuaciones Z
- Diarrea grave o intratable
- Sarampión, bronconeumonía grave
- Tendencia hemorrágica; purpura
- Lesiones oculares graves
- Lesiones dérmicas extensas o infectadas.
- Ulceras por decúbito extensas y profundas
- Deshidratación y desequilibrio hidroeléctrico grave
- Ictericia clínica con transaminasas elevadas
- Albumina menos 2 g/dl
- Taquicardia grave
- Insuficiencia cardíaca y/o respiratoria.

Fuente. Adaptado de Torún B. 2006 (6)

CUADRO 17. PAUTA TEMPORAL DE TRATAMIENTO DE UN NIÑO CON DESNUTRICIÓN GRAVE.

ACTIVIDAD	TRATAMIENTO INICIAL Días 1-2 / Días 3-7	REHABILITACION Semanas 2-6	SEGUIMIENTO Semanas 7-26
Tratar o prevenir			
Hipoglucemia	+++++		
Hipotermia	+++++		
Deshidratación	+++++		
Corregir desequilibrios de electrolitos	+++++		
Tratar las infecciones	+++++		
Corregir las deficiencias de micronutrientes	+++ Sin Hierro+++++ Con Hierro+++++		
Iniciar la alimentación para recuperar el peso perdido ("Crecimiento compensador")		+++++	
Estimular el desarrollo emocional y sensitivo.	+++++		
Preparación para el alta		+++++	

CUADRO 18. TRAMIENTO DE LA DAG.		
Criterios adicionales independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Sin apetito. • Complicaciones medicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apetito • Sin complicaciones medicas
Tipo de alimentación terapéutica	En instalaciones	En la comunidad
Intervención	Atención medica 24 horas. ATLC	ATLC, asistencia medica básica
Criterios de alta (Criterios de transición de la asistencia en instalaciones a la asistencia comunitaria).	Reducción del edema. Buen apetito (Con ingesta aceptable de ATLC)	Ganancia de peso de 15 a 20%.

Tratamiento de la desnutrición aguda grave (DAG). ATLC (Alimentos terapéuticos listos para comer) (26)

CUADRO 19. ELEMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN PROTEICO -CALÓRICA GRAVE.

Problema	Tratamiento.
Hipotermia	Calentar al paciente, mantener y controlar la temperatura corporal.
Hipoglucemia	Controlar la glucemia; aportar glucosa oral (o intravenosa)
Deshidratación	Rehidratación cuidadosa con solución oral que contenga menos sodio y más potasio que las mezclas convencionales.
Micronutrientes	Aportar cobre, zinc, hierro, folato y multivitamínicos.
Infecciones	Administrar tratamiento antibiótico y antipalúdico, incluso en ausencia de síntomas típicos.
Electrolitos	Aportar suficiente potasio y magnesio.
Inicio de nutrición	Mantener una baja carga de proteínas y volumen
Nutrición para recuperar tejidos.	Aportar una dieta rica densa en energía, proteínas y todos los nutrientes esenciales que sea fácil de tragar y digerir.
Estimulación	Evitar los efectos psicosociales permanentes de ayuno mediante la estimulación psicomotora.
Prevención de la recaída.	Empezar de forma precoz a identificar las causas de la malnutrición Proteicocalórica en cada paso e implicar a las familias y las comunidades en la prevención.

(26)