



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

**TEMA:
RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO
CON GASTROENTERITIS PRODUCIDA POR PROTEUS**

**AUTOR (A):
Quinde Moreno, Samantha Gabriela**

**Componente práctico del examen complejo previo a la
obtención del Título de:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

**REVISOR (A)
Álvarez Córdova, Ludwig Roberto**

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Quinde Moreno Samantha Gabriela**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**.

REVISOR (A)

f. _____

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Quinde Moreno, Samantha Gabriela**

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, **Recuperación nutricional en paciente pediátrico con gastroenteritis producida por proteus** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016

EL AUTOR(A)

f. _____
Quinde Moreno, Samantha Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Quinde Moreno, Samantha Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **componente práctico del examen complejo RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON GASTROENTERITIS PRODUCIDA POR PROTEUS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016

AUTOR(A):

f. _____

Quinde Moreno, Samantha Gabriela

Chrome File Edit View History Bookmarks People Window Help

AI 18 75% Fri 5:09 AM

URKUND - Log in Inicio - URKUND D21843684 - Quinde_Samantha

https://secure.urkund.com/view/21541517-729174-362973#q1bKlVayjY20TEz0TE3jNVRK5Mz8tMv0XOZE0VbYODMwMfjCOMbawMDQwMzMNjY3...

URKUND

Documento	Quinde_Samantha_FINAL.doc (D21843684)
Presentado	2016-09-19 05:38 (-05:00)
Recibido	ludwig.alvarezucsg@analysis.urkund.com
Mensaje	SAMANTHA GABRIELA QUINDE MORENO (EXAMEN COMPLEXIVO) Mostrar el mensaje completo

3% de esta approx. 12 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 3 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
<ul style="list-style-type: none"> Categoría Fuentes alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> Enlace/nombre de archivo Quinde_Samantha_FINAL.doc CASE REPORT revisado.doc Cevallos_Diana_Final.doc CASO CLINICO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.doc TRABAJO DE NEUMONIA 31-08-2016.doc

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

URKUND

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA TEMA:
 RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON GASTROENTERITIS PRODUCIDA POR
 PROTEUS AUTOR (ESJ): Quinde Moreno, Samantha
 Gabriela
 Componente Práctico del Examen Complejivo
 previo a la Obtención del Título de: LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA
 REVISOR (A) Álvarez Córdova, Ludwig Roberto Guayaquil, Ecuador- 19 de septiembre del 2016
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA CERTIFICACIÓN
 Certificamos que el presente componente práctico del examen complejo, fue realizado en su
 totalidad por Quinde Moreno Samantha Gabriela, como requerimiento para la obtención del Título de
 Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética. REVISOR (A) f: _____ Álvarez
 Córdova, Ludwig Roberto DIRECTOR DE LA CARRERA f: _____ Ceil Mero, Martha
 Victoria Guayaquil, a los 19 días del mes de septiembre del año 2016 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, Quinde
 Moreno Samantha Gabriela DECLARO QUE: El componente práctico del examen complejo,
 RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON GASTROENTERITIS PRODUCIDA POR
 PROTEUS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la vida, por darme la oportunidad de finalizar con éxito esta etapa de mi vida como universitaria, por darme paciencia, sabiduría e inteligencia para lograr cada meta que me he propuesto.

A mi padres, por su apoyo incondicional durante toda mi vida estudiantil, porque siempre han estado presente cuando he necesitado de ellos y de sus consejos; por enseñarme que todo lo que se hace con esfuerzo y sacrificio, luego tiene su recompensa.

A los docentes, por su paciencia; por su gran vocación de enseñar y de transmitir sus conocimientos, y por formarme en lo personal, en lo espiritual y en lo profesional.

Samantha Gabriela Quinde Moreno

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto a Dios, porque es el motor de mi vida, y sin Él no hubiera podido alcanzar esta meta con éxito.

A mi familia, porque siempre me apoyaron cuando decidí elegir la Carrera de Nutrición, Nutrición y Estética. A mi madre, Shirley Moreno Seme, por ser ese ejemplo de lucha constante, que ha hecho de mí una persona perseverante, porque a pesar de los obstáculos que nos ha puesto la vida, siempre me ha enseñado a sacar de toda situación un aprendizaje positivo.

A mi amiga, Narda Estrada, por las vivencias compartidas durante estos cuatro años de estudio.

Samantha Gabriela Quinde Moreno



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

REVISOR(A)

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Álvarez Córdova, Ludwig Roberto

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	
AUTORIZACIÓN.....	
URKUND.....	
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	11
DESARROLLO.....	12
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIÓN.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS.....	26

RESUMEN

La gastroenteritis aguda, es una enfermedad que se caracteriza por presentar vómitos, diarrea, fiebre y dolor abdominal. Dentro del cuadro clínico, la diarrea representa el mayor riesgo en el paciente, debido a la deshidratación y a la pérdida de peso. El siguiente reporte de caso se enfoca en la recuperación nutricional de un paciente pediátrico, cuyo diagnóstico es una gastroenteritis de tipo infeccioso, provocado por una bacteria (*Proteus*). También presenta leucocitosis, niveles elevados de PCR, inflamación de los ganglios mesentéricos en fosa iliaca derecha (FID); signos que confirman una infección e inflamación en el organismo del niño. La importancia del tratamiento se basa en la rehidratación durante las primeras 4 horas, probando tolerancia oral con líquidos, hasta incorporar totalmente una dieta normal para su edad. La alimentación está estandarizada por el hospital. Se inicia con dieta líquida, probando tolerancia en el paciente, seguida de una dieta astringente. Durante el proceso infeccioso tuvo una pérdida considerable de peso, que luego fue recuperada con una alimentación completa y saludable.

Palabras claves: GASTROENTERITIS; PROTEUS; DIARREA; REHIDRATACIÓN ORAL; PÉRDIDA DE PESO; RECUPERACIÓN NUTRICIONAL

ABSTRACT

Acute gastroenteritis is a disease characterized by vomiting, diarrhea, fever and abdominal pain. Within the clinical picture, diarrhea poses the greatest risk to the patient due to dehydration and weight loss. The following case report is focuses on the nutritional recovery of a pediatric patient, whose diagnosis is an infectious gastroenteritis type, caused by a bacterium (Proteus). It also presents leukocytes, elevated CRP levels, and swollen mesenteric lymph in right iliac fossa (RIF); signs confirming an infection and inflammation in the body of the child. The importance of treatment is based basically in rehydration during the first 4 hours, oral tolerance testing liquids, to fully incorporate a completely normal diet for his age. The feeding is standardized by the hospital. It starts with liquid diet, testing tolerance in the patient, followed by an astringent diet. During the infectious process he had a considerable weight loss which was recovered later with a complete and healthy eating.

Key words: GASTROENTERITIS; PROTEUS; DIARRHEA; FLUID THERAPY; WEIGHT LOSS; NUTRITION REHABILITATION

INTRODUCCIÓN

La mortalidad en niños menores de 5 años debido a la gastroenteritis aguda continúa siendo elevada en países desarrollados. (1) La etiología de la GEA en su 80% es de origen infeccioso, ya sea ésta causada por bacterias, virus o parásitos. (2)

La contaminación por la bacteria *Proteus* a nivel gastrointestinal es muy escasa. No se notifican muchos casos de infección por esta bacteria; sin embargo, la mala alimentación, la falta de higiene, e incluso un sistema inmunológico deprimido puede conllevar a adquirirla, por esta razón el *Proteus* es considerado como un patógeno oportunista. (3)

Dentro del cuadro clínico, la diarrea es uno de los síntomas que presenta el paciente, y es el segundo motivo de asistencia en la mayoría de hospitales pediátricos. (4)

El daño que causa la diarrea aguda es a nivel del intestino delgado, con deposiciones líquidas y acuosas, que a pesar de estar en ayuno pueden persistir. (5)

La terapéutica nutricional en niños con diarrea aguda consiste en una alimentación completa y apropiada, que le aporte al paciente la cantidad necesaria de calorías, carbohidratos, proteínas y grasas que su organismo requiere para su óptimo desarrollo y también para minimizar los efectos negativos que puede tener la diarrea en el estado nutricional del niño. Se debe incorporar a la dieta alimentos energéticos y proteicos como: cereales, tubérculos, harinas y grasas; evitando el consumo de grasas saturadas y azúcares simples. (6)

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente D.J.F.J. de sexo masculino de 6 años de edad, ingresa al hospital el 11 de junio del 2016, por presentar cuadro clínico de fiebre (39°C), diarrea, vómito, cefalea, palidez y dolor en fosa iliaca derecha. La madre del niño indica que el cuadro clínico inicia 48 horas antes del ingreso. El paciente no presenta antecedentes patológicos personales ni familiares. No presenta alergias a medicamentos ni a alimentos. Su peso al ingresar es de 21 Kg y su talla 121 cm.

Se ordena un hemograma completo, una ecografía de abdomen superior y una ecografía de pelvis, para descartar diagnóstico de apendicitis.

Los exámenes de laboratorio dan como resultado valores alterados en: Recuento de leucocitos 19.000/mm³, lo cual refiere una leucocitosis.

En el examen químico se encontró alterado el valor de PCR Cuantitativo: 2.9 mg/dl, lo que indica un proceso infeccioso en el organismo del niño.

En el examen de serología e inmunología se encontró: Proteus OX 19 (1/160), Proteus OX 2 (1/40), lo que representa una infección producida por dicha bacteria.

La ecografía de abdomen superior no refiere anomalías. La ecografía de pelvis indica que en fosa iliaca derecha no se observa apéndice cecal, tampoco imágenes que sugieran plastrón apendicular. Sin embargo, se observó formaciones ganglionares de 6, 4, 3 mm en fosa iliaca derecha, y presencia de asas de intestino delgado con líquido en su interior en FID; lo que resulta en una linfadenitis mesentérica, y no en una apendicitis.

De acuerdo a los resultados de los exámenes y ecografías se confirma el diagnóstico de gastroenteritis de tipo infeccioso producida por Proteus.

El primer día hospitalizado, debido al vómito, al paciente no se le da alimentación por vía oral durante las primeras 4-5 horas y se le suministra protectores gástricos, como el omeprazol, más antibióticos por vía endovenosa. Pasada las 5 horas se inicia la prueba de tolerancia oral con soluciones de rehidratación oral en pequeñas cantidades. De acuerdo al cuadro de deshidratación, se le administra solución salina al 0.9% durante las primeras 24 horas, más ceftriaxona, amikacina por vía endovenosa.

Durante el segundo día hospitalizado; sigue con diarrea, y sólo tuvo un episodio de vómito por la mañana. Continúa con la misma medicación: ceftriaxona, amikacina por vía endovenosa; y con las soluciones de rehidratación oral. Se le incorpora una dieta líquida, ya estandarizada por el hospital. Como ya transcurrieron las 24 horas desde su ingreso, se le cambia la solución salina al 0.9% por dextrosa al 5% y le adicionamos sodio y potasio, durante el tiempo de hospitalización que le resta.

En el tercer día, continúa con diarrea, ya no hay vómitos y el resto de síntomas cesan. Se confirma el diagnóstico y se añade otro antibiótico: ceftriaxona, amikacina y metronidazol por vía endovenosa. Y se sigue con las tomas de SRO, se le cambia la dieta líquida por una dieta astringente, ingerida por vía oral; la cual es designada por el hospital, según el estándar de dietas del centro hospitalario. Dentro de dicha dieta, no hay lácteos, ni críticos, ni vegetales verdes.

En el cuarto día, sólo presenta leve dolor abdominal y realiza dos deposiciones al día con una consistencia más sólida. Se le suministra la misma medicación del día anterior por vía endovenosa e ingiere dieta astringente.

En el quinto día de hospitalización se le vuelve a realizar un hemograma completo. Los exámenes de laboratorio dan como resultado: Recuento de

leucocitos 6.000/mm³, valor que está dentro del rango normal. En el análisis químico de sangre se observa que los valores de PCR Cuantitativo 0.7 mg/dl también se encuentran en el rango normal. No presenta ninguno de los síntomas antes mencionados. Ingiere dieta astringente. Continúa con la misma medicación por vía intravenosa.

En el sexto y séptimo día se le administra de igual manera la medicación indicada. No presenta ningún signo o síntoma de los antes mencionados. Ya no hay palidez. Se logra alcanzar un correcto estado de hidratación y continúa con dieta astringente.

En el séptimo día, durante la noche, se le da el alta. El peso del paciente al salir del hospital es de 20 Kg. Es decir que durante la semana de hospitalización el niño bajó 1 Kg. Lo que representa una pérdida de peso del 13%. Se le prescribe dieta blanda, y medicación con metronidazol y ampicilina durante las próximas 48 horas, hasta la primera interconsulta.

Una semana después, en la primera interconsulta con la pediatra, el niño pesa 21 Kg, es decir que ha subido 1 kg después de su salida del hospital. El niño refiere sentirse mejor. No ha vuelto a presentar los signos y síntomas antes mencionados. Se decide cambiarle la dieta blanda por una dieta completa, evitando grasas saturadas y azúcares simples. No consumir alimentos que vendan en la calle por el riesgo de contraer nuevamente una infección bacteriana. A esto se le agrega la ingesta de zinc, complejo b, y vitamina C.

Quince días después, en la segunda interconsulta con la pediatra, el niño pesa 22 kg, es decir que ha subido 1 kg más después de la primera interconsulta, debido a la dieta completa donde el niño puede consumir todo tipo de alimentos que le proporcionen los nutrientes necesarios para su desarrollo. Hace dos semanas que volvió a la escuela, retomó sus prácticas de fútbol, y su actividad física es moderada. No presenta signos ni síntomas de los antes mencionados. Continúa con la ingesta de zinc, complejo b, y vitamina C.

Un mes después, en la tercera y última interconsulta, el peso del niño es de 24 Kg y su talla 122 cm, Es un niño hiperactivo. Juega futbol. Su alimentación es basada en una dieta completa, con todos los alimentos que le proporcionen los nutrientes que su organismo necesita para su total desarrollo.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Al ingreso el niño tiene un peso de 21 Kg y talla 121 cm. Su IMC es de 14.38 Kg/m² lo que significa un normopeso. Su peso ideal es de 21 Kg y su talla ideal es de 110 cm. Su peso habitual es de 23 Kg.

Según el indicador T/E se encuentra en una talla normal, según el indicador P/E se encuentra en un peso normal y según el indicador IMC/E, se encuentra con un normopeso. (7)

El gasto energético total del paciente de acuerdo a su edad, peso y talla, y según el factor de actividad es de 1828 Kcal/día. (7) El requerimiento proteico en la edad escolar es de 0.95 g de proteínas/kg de peso corporal al día para niños (as) de 4 a 13 años. (8) El requerimiento de lípidos en edades de 3 a 18 años es de 25-35% de las calorías totales. (9) El requerimiento de carbohidratos en niños de 4 a 18 años es de 45-65% de las calorías totales. (10)

La distribución calórica de macronutrientes se la realizó de acuerdo a las necesidades del paciente, de acuerdo a su edad, peso y talla.

Tabla 1. Distribución de la Molécula Calórica (10)

Nutriente	%	Kcal	Gramos
CHO	55	1005,4 Kcal	251,3 g
Proteína	20	365,6 Kcal	91,4 g
Lípidos	25	457 Kcal	50,7 g
Total		1828 Kcal	

Los porcentajes de los macronutrientes se adecuan a la edad del niño, en este caso un escolar de 6 años de edad, que se encuentra en normopeso, pero que debido al cuadro diarreico tiene déficit de nutrientes por la pérdida de líquidos, la falta de apetito y la poca ingesta de alimento debido a la intolerancia oral que sufre durante las primeras 24 horas de hospitalización.

A pesar, de encontrarse y de mantenerse en un normopeso, el niño tuvo un porcentaje de pérdida de peso del 13% del peso corporal durante el proceso infeccioso, lo que se define como una desnutrición aguda, y de acuerdo al grado de deshidratación presentó una deshidratación grave.

Dentro del recordatorio de 24 horas la madre del niño indica que el desayuno consumió: pan con queso, batido de guineo, huevo duro; en la media mañana: manzana; en el almuerzo: sopa de queso con leche, arroz, cola; en la media tarde: pan con mantequilla; y en la merienda: arroz, carne frita, cola.

Durante la hospitalización se plantea una dieta líquida y luego una dieta astringente; y una semana después de la alta médica se plantea una dieta completa.

En este paciente la dieta líquida fue por 24 horas, ya que por el cuadro de deshidratación y la pérdida de peso no era conveniente que este tipo de dieta se prolongara por varios días, Por el contrario, apenas se restableció la hidratación en el niño, se cambió esta dieta por una astringente, aunque continuara la diarrea, era necesario que el niño consumiera mayor cantidad de calorías. A pesar del cambio, el paciente tuvo una pérdida de peso del 4% en la semana de hospitalización. Una vez dado la alta médica, se le recomendó a la madre del niño que continuara con una dieta astringente, evitando grasas saturadas y azúcares simples. Consumir carnes blancas cocinadas al vapor, zanahoria, papas cocidas, cereales; arroz, fideo, yuca cocida, manzana, guayaba, durazno, soluciones de agua de coco, entre otros.

El primer y segundo día de hospitalización ingirió la dieta líquida, a base de agua, infusiones claras, caldos de frutas (manzanas, duraznos), caldos y sueros de arroz, cada preparación con sal y glucosa como agregados.

A partir del tercer día se cambió la dieta líquida por la dieta astringente, ya que una vez lograda la hidratación del paciente, se debe comenzar inmediatamente con el reingreso de alimentos con una consistencia semisólida.

Luego de la primera interconsulta se le plantea una dieta completa, esta dieta contiene todos los grupos de alimentos y los nutrientes que necesita el niño para su normal desarrollo.

Se aconseja que el niño consuma sus alimentos en 5 a 6 tomas durante todo el día. (11)

Tabla 2. Raciones al día para escolares y adolescentes según el grupo de alimentos (11)

Alimentos	Escolares	Adolescentes
Lácteos	2-3	2-3
Vegetales	1	1-1,5
Frutas	3-4	4-6
Pan, cereal, almidones	4-6	6-9
Carnes	1-2	2-4
Grasas	2-4	3-6

Es recomendable que el niño minimice en la dieta los azúcares simples, que consuma proteínas de elevado valor biológico y en las grasas únicamente un 10% represente el consumo de grasas saturadas. (11)

La ingesta de zinc también es importante dentro de la dieta, durante y después de un episodio de diarrea aguda, ya que favorece la integridad de la mucosa intestinal: mariscos, carnes rojas, lácteos, huevos, cereales integrales, etc. (12)

En el año 2004 la OMS/UNICEF recomendaron la ingesta de zinc de 10-20 mg/día, mientras dura la diarrea y después como suplemento para continuar su ingesta por vía oral en casa. (13)

A parte de la alimentación, también se enfatizó en las prácticas de higiene que debe tener el niño, al momento de manipular sus alimentos.

En la actualidad, el paciente tiene un peso de 24 Kg, talla 122 cm y un IMC de 16.21 Kg/m², es decir se encuentra en normopeso; y logró recuperar su peso habitual.

DISCUSIÓN

Según la ESPGHAN/ESPID, “La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución en la consistencia de las deposiciones (semilíquidas o líquidas) y/o un incremento en la frecuencia de evacuaciones (por lo general ≥ 3 en 24 horas), que puede ir acompañada de fiebre o vómitos. Suele durar < 7 días y no > 14 días”. (14)

El presente caso es un niño de 6 años que ingresa por presentar dolor en fosa iliaca derecha, vómitos, diarrea, dolor de cabeza y fiebre con 48 horas de evolución.

Dentro de los exámenes de laboratorio que se le realizan al paciente, el hemograma presenta un recuento de leucocitos 19.7×10^3 , es decir una leucocitosis (valores $> 11 \times 10^3$). (15)

Acompañado de niveles elevados de PCR (Proteína C Reactiva), lo que refiere una reacción inflamatoria aguda debido a un proceso infeccioso. En la actualidad, los marcados más utilizados en la práctica clínica son las variaciones de los leucocitos y el incremento de las proteínas de la inflamación. Aunque, investigaciones recientes han propuesto la procalcitonina (PCT) como nuevo marcador de la inflamación que permite distinguir infecciones bacterianas y virales. (16)

El examen de serología e inmunología dio como resultado Proteus, es decir que el niño se contaminó con la bacteria al ingerirla debido a una mala alimentación. El Proteus es un género de bacterias gramnegativas que se encuentran en el intestino humano, es decir que forman parte de la microbiota normal, pero puede reaccionar como un patógeno oportunista. También se localiza en el estiércol, suelo, y aguas contaminadas. (3)

Las ecografías pueden ser de gran utilidad cuando se presentan dolores abdominales dentro de un cuadro clínico. A este paciente se le realizó

ecografía de pelvis, la cual no refirió apéndice cecal, tampoco imágenes que sugieran plastrón apendicular. Sin embargo, se visualizó formaciones ganglionares de 6, 4, 3 mm en fosa iliaca derecha, lo que se conoce como linfadenitis mesentérica. Este signo puede presentarse en pacientes con GEA, se caracteriza por la inflamación de los ganglios mesentéricos debido a un proceso infeccioso, y afecta preferentemente a niños menores de 3 años. (4) Este signo es el principal diagnóstico referencial de la apendicitis aguda. (17)

Dentro de la ecografía pélvica también se observó presencia de asas de intestino delgado con líquido en su interior en FID, este signo puede darse en la GEA, con un cuadro clínico distinto por la presencia de diarrea en el niño. Es conocido como el signo del collar de perlas, y es de mucha importancia para el radiólogo, el médico tratante y el paciente. (18)

En un cuadro de deshidratación, lo primordial es restituir las pérdidas tanto de agua como de electrolitos restableciendo la homeostasis. El porcentaje de pérdida de peso es un indicador que se utiliza para establecer en qué grado de deshidratación se encuentra el paciente. (4) Según la OMS, se debería establecer tres categorías: niños sin deshidratación o leve deshidratación (<3% de pérdida de peso), niños con deshidratación moderada (3-9% de pérdida de peso) y niños con deshidratación grave (>9% de pérdida de peso). (19)

Cuando el paciente presenta deshidratación de leve a moderada es necesario que reciba terapia de rehidratación oral (TRO). Esta terapia debe suministrarse a penas se presenten los síntomas. (2)

La gastroenteritis no debe ser considerada una contraindicación para que el niño continúe con una dieta completa. Inmediatamente concluido el tratamiento de rehidratación, el paciente debe continuar con su alimentación regular. No es recomendable en la alimentación de un niño con GEA que se realicen dietas restrictivas, por ejemplo la dieta BRAT, que es a base de plátano, arroz, puré de manzana, y pan tostado. Tampoco es aconsejable, el

consumo de azúcares (jugos de frutas), por su alto contenido de azúcares simples. Ni soluciones rehidratantes que ingieren los atletas. (1)

La prioridad en la dieta del niño es la regeneración de la mucosa intestinal, y esto se logra con una alimentación adecuada para la edad del paciente, las restricciones provocarían un retraso en la fase de reposición de las células deterioradas debido al proceso infeccioso. Mientras el niño esté hidratado debe mantener la dieta completa. (20)

Un recordatorio de 24 horas es de gran utilidad para establecer la dietoterapia. Es conveniente averiguar los antecedentes patológicos personales y familiares, así como hábitos de higiene y elaboración de las comidas. (14)

Dentro de la alimentación en pacientes con GEA, no está recomendado suprimir de la dieta, la lactosa, únicamente se lo debe hacer cuando se confirma la intolerancia a la misma, pero sólo se la retira de la dieta durante dos semanas, luego se la reintroduce de manera gradual. El riesgo de una dieta sin lactosa es la disminución del aporte de calcio para el paciente. (11)

El consumo de proteínas debe ser de elevado valor biológico y en la dieta se debe iniciar con proteínas hipoalergénicas, que se encuentran en las carnes blancas, como el pollo. Se recomienda una dieta normolipídica, acorde a la edad y necesidades del paciente, utilizar en la preparación de los alimentos aceites vegetales líquidos como el aceite de maíz, canola u oliva. Consumir frutos secos y semillas. Ácido omega 3, que se encuentra en el salmón, atún y sardina; también en semillas de lino y nueces. (11)

La alimentación se la realiza de manera progresiva, sin descuidar los requerimientos calóricos que el niño necesita para evitar una pérdida excesiva de peso. Se debe aumentar de a poco la consistencia de los alimentos, iniciar con alimentos semilíquidos hasta llegar a los sólidos. (6)

Se debe evitar el consumo de grasas saturadas y de azúcares simples e incrementar el consumo de carbohidratos complejos como los cereales, papas y principalmente el arroz, así como también proteínas, y leguminosas, zanahoria. Consumir alimentos ricos en zinc, como los mariscos, que regenera la mucosa intestinal después de episodios de vómitos y diarrea. (13)

Debido al alto grado de osmolaridad de su contenido debe evitarse el consumo de jugos con demasiada fructosa, sacarosa y sorbitol ya que pueden agravar los episodios diarreicos. Por otra parte, debe incluirse en la dieta alimentos con fibra y grasa. La OMS recomienda elevar la densidad calórica de los alimentos con suplementos de aceite vegetal, para prevenir la desnutrición. En 1990, investigaciones científicas sugirieron el consumo de fibra para reducir el tiempo de heces acuosas. (20)

CONCLUSIÓN

La nutrición representa un papel fundamental dentro de la recuperación y prevención en pacientes con GEA, debido a la pérdida de peso corporal, que en la mayoría de casos es significativa; y es causada por la diarrea.

Se recomienda continuar con la alimentación durante los episodios de diarrea, ya que el reingreso de nutrientes por vía oral contribuye a una rápida mejoría y brinda al paciente las calorías suficientes que su organismo necesita para mantenerse estable durante su estadía hospitalaria.

La terapéutica nutricional comprende el consumo de lácteos, vegetales, frutas, pan, cereal, carnes, grasa, así como de suplementos de zinc que favorecen a la reposición de células intestinales y la integridad de la mucosa.

La higiene personal es importante para la prevención de infecciones gastrointestinales; el lavado de manos antes y después de la manipulación de alimentos y unas buenas técnicas alimentarias evitará recaer en un nuevo cuadro infeccioso.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez Castellón P, Polanco Allué I, Salazar Lindo E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *An Pediatría*. 2010;72(3):220.e1-220.e20.
2. Suárez L, Cano B. Manejo actual de la gastroenteritis aguda (GEA) con soluciones de rehidratación oral. *Nutr Clínica Dietética Hosp*. 2009;29(2):6-14.
3. Fariñas MC, Martínez-Martínez L. Infecciones causadas por bacterias gramnegativas multirresistentes: enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* y otros bacilos gramnegativos no fermentadores. *Enferm Infecc Microbiol Clínica*. 2013;31(6):402-9.
4. Durán F de M, Benítez Maestre AM. Gastroenteritis aguda. *Pediatría Integral*. 2015;19(1):51-7.
5. Guandalini S, Dhawan A, Branski D, editores. *Textbook of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [citado 30 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-17169-2>
6. Machado L, Noguera D, Pierre R, Vásquez M, Zurita E. Alimentación del paciente con diarrea aguda. *Arch Venez Pueric Pediatría*. 2010;73(1):035-41.
7. Palafox López ME, Ledesma Solano JÁ. *Manual de fórmulas y tablas para la intervención nutricional*. Segunda Edición. México D.F: McGraw Hill; 2012. 183-240 p.
8. Brown JE. *Nutrition through the life cycle*. 5th Ed. Belmont, CA: Cengage Wadsworth; 2013.
9. Aranceta J, Pérez-Rodrigo C. Recommended dietary reference intakes, nutritional goals and dietary guidelines for fat and fatty acids: a systematic review. *Br J Nutr*. 2012;107(S2):S8-22.
10. Government of Canada HC. Reference Values for Macronutrients - Dietary Reference Intakes Tables [Health Canada, 2005] [Internet]. 2005 [citado 19 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/reference/table/ref_macronutr_tbl-eng.php
11. Figueroa O, Vásquez M, Noguera D, Villalobos D. Alimentación del paciente con diarrea aguda. *Arch Venez Pueric Pediatría*. 2014;77(1):41-7.
12. Rubio C, González Weller D, Martín-Izquierdo RE, Revert C, Rodríguez I, Hardisson A. El zinc: oligoelemento esencial. *Nutr Hosp*. 2007;22(1):101-7.

13. Zea A, Ochoa TJ. Diarrea y micronutrientes. *Rev Médica Hered.* 2013;24:62-7.
14. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59(1):132-52.
15. Porcar Centelles M, Torres Miravet R. Leucocitosis. *Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.* 2008;1-4.
16. P. H. Procalcitonina: ¿marcador de elección de infección bacteriana en 2007? *Acta Bioquim Clínica Latinoam.* 2009;43(3):391-6.
17. Pardo L, Mota M, Giachetto G, Parada M, Pérez C, Varela G. Adenitis mesentérica por *Yersinia enterocolitica*. *Rev Médica Urug.* 2007;23(4):265-8.
18. Zerega M, Cortés C. Signo Radiológico: Las valiosas perlas del intestino delgado. *Rev Chil Radiol.* 2009;15(4):202-5.
19. World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: Dept. of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization; 2005.
20. Brandt KG, de Castro Antunes MM, da Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91(6):S36-43.

ANEXOS

Tabla 3. Valores de laboratorio (primer día)

HEMOGRAMA			
NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R. REFERENCIA
Recuento de leucocitos	* 19.7	x 10 ³	5.00 - 14.00
Neutrófilos %	* 80.6	%	28.00 - 50.00
Linfocitos %	* 10	%	38.00 - 60.00
Monocitos %	8.26	%	4.00 - 9.00
Eosinófilos %	* 0.251	%	2.00 - 3.00
Basófilos %	* 0.843	%	0.40 - 0.60
Neutrófilos	* 15.9	x 10 ³	1.50 - 7.50
Linfocitos	1.98	x 10 ³	1.90 - 6.70
Monocitos	* 1.63	x 10 ³	0.10 - 1.00
Eosinófilos	* 0.049	x 10 ³	0.07 - 1.00
Basófilos	0.166	x 10 ³	0.02 - 0.20
Recuento de hematíes	4.68	x 10 ⁶	3.50 - 6.00
Hemoglobina	13.6	g/dl	10.00 - 14.00
Hematócrito	38.8	%	33.00 - 44.00
MCV	83	fL	70.00 - 98.00
MCH	29	pg	27.00 - 31.00
MCHC	35	g/dl	32.00 - 36.00
RDW	12.6	%	12.00 - 16.00
Plaquetas	390	K/ul	150.00 - 450.00
QUÍMICA			
NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R. REFERENCIA
Sodio	139.3	mEq/l	135.00 - 145.00
Potasio	3.7	mEq/l	3.50 - 5.10
PCR Cuantitativo	* 2.9	mg/dl	0 - 1
SEROLOGÍA E INMUNOLOGÍA			
NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R. REFERENCIA
Eberth II	Negativo		
Proteus OX 19	1/160		
Proteus OX 2	1/40		
Proteus OXK	Negativo		
Paratífico A	Negativo		
Paratífico B	Negativo		
Eberth O	Negativo		

Elaborado por: Samantha Quinde Moreno. Egresada de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la U.C.S.G.

Tabla 4. Valores de laboratorio (tercer día)

<u>HEMOGRAMA</u>			
NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R. REFERENCIA
Recuento de leucocitos	6.67	x 10 ³	5.00 - 14.00
Neutrófilos %	* 21.6	%	28.00 - 50.00
Linfocitos %	57.5	%	38.00 - 60.00
Monocitos %	* 15.1	%	4.00 - 9.00
Eosinófilos %	* 4.64	%	2.00 - 3.00
Basófilos %	* 1.09	%	0.40 - 0.60
Neutrófilos	* 1.44	x 10 ³	1.50 - 7.50
Linfocitos	3.84	x 10 ³	1.90 - 6.70
Monocitos	* 1.01	x 10 ³	0.10 - 1.00
Eosinófilos	0.31	x 10 ³	0.07 - 1.00
Basófilos	0.07	x 10 ³	0.02 - 0.20
Recuento de hematíes	4.55	x 10 ⁶	3.50 - 6.00
Hemoglobina	12.9	g/dl	10.00 - 14.00
Hematócrito	39	%	33.00 - 44.00
MCV	85.6	fL	70.00 - 98.00
MCH	28.4	pg	27.00 - 31.00
MCHC	33.1	g/dl	32.00 - 36.00
RDW	12	%	12.00 - 16.00
Plaquetas	335	K/ul	150.00 - 450.00
<u>QUÍMICA</u>			
NOMBRE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	R. REFERENCIA
PCR Cuantitativo	0.7	mg/dl	0 - 1

Elaborado por: Samantha Quinde Moreno. Egresada de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la U.C.S.G.

FÓRMULAS EMPLEADAS

Tabla 5. Fórmula de Porcentaje de peso ideal (7).

$\% \text{ Peso Ideal} = (\text{Peso Actual} / \text{Peso ideal}) \times 100$	
RANGOS	
Desnutrición severa	< 60%
Desnutrición moderada	60 - 70%
Desnutrición leve	80 - 90 %

Tabla 6. Fórmula de porcentaje de adecuación de peso (7).

$\% \text{ Adecuación de Peso} = (\text{Peso Actual} / \text{Peso Habitual}) \times 100$	
RANGOS	
Normal	> 90
Desnutrición I	80 - 90
Desnutrición II	70 - 80
Desnutrición III	60 - 70
Desnutrición IV	< 60

Tabla 7. Gasto Energético Total (GET) (7).

NIÑOS:
$GET = (63.3 \times \text{Peso}) - (0.263 \times \text{Peso}^2) + 310.2$
$GET = 1523.52 \times 1.2 \text{ (AF)} = 1828.2 = 1828 \text{ Kcal/día}$

Tabla 8. Factores de Actividad y Lesión (7).

FACTOR DE ACTIVIDAD:	
Confinado en cama	1.1
Ambulatorio	1.2 a 1.3
FACTOR DE LESIÓN:	
Retraso del crecimiento	1.5 a 2.0
Inanición	0.7
Infección	1.2 a 1.6
Traumatismo	1.1 a 1.8
Cirugía	1.2 a 1.5
Quemadura	1.5 a 2.5

Tabla 9. Fórmula de porcentaje de pérdida de peso (7).

$[(\text{Peso Habitual} - \text{Peso Actual})/\text{Peso Habitual}] \times 100$		
RANGOS		
Tiempo	Pérdida Significativa	Pérdida grave de peso
1 semana	1 - 2 % de peso	> 2 %
1 mes	5%	> 5 %
3 meses	7.5 %	> 7.5 %
6 meses	10%	> 10 %

Tabla 10. Grados de deshidratación según porcentaje de pérdida de peso (7).

Signo Clínico	Deshidratación leve	Deshidratación moderada	Deshidratación grave
Pérdida de peso %			
Lactante	< 5 %	5 - 10 %	> 10 %
Niño mayor	< 3 %	3 - 9 %	> 9%

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Tabla 11. Peso de acuerdo con la edad (7).

EDAD	DESVIACIÓN ESTÁNDAR (PESO EN KG)								
	Año, mes	Mes	-3	-2	-1	Mediana	1	2	3
	5, 11	71	13.9	15.7	17.8	20.3	23.3	26.8	31.2
	6, 0	72	14.1	15.9	18.0	20.5	23.5	27.1	31.5
	6, 1	73	14.2	16.0	18.2	20.7	23.7	27.4	31.9
	6, 2	74	14.3	16.2	18.3	20.9	24.0	27.7	32.2

Desviación estándar	Interpretación
> +3	Problema de crecimiento
> +2	Sobrepeso
> +1	Con riesgo de sobrepeso
+1 a -2	Peso normal
< -2	Peso bajo
< -3	Peso bajo severo

Tabla 12. Talla de acuerdo con la edad (7).

EDAD		DESVIACIÓN ESTÁNDAR (TALLA EN CM)						
Año, mes	Mes	-3	-2	-1	Mediana	1	2	3
5, 10	70	100.4	105.2	110.1	115.0	119.8	124.7	129.6
5, 11	71	100.8	105.7	110.6	115.5	120.4	125.2	130.1
6, 0	72	101.2	106.1	111.0	116.0	120.9	125.8	130.7
6, 1	73	101.6	106.5	111.5	116.4	121.4	126.4	131.3
6, 2	74	102.0	107.0	111.9	116.9	121.9	126.9	131.9

Desviación estándar	Interpretación
> +3	Talla muy alta
3 a -2	Talla normal
< -2	Talla baja
< -3	Talla baja severa

Tabla 13. Índice de masa corporal (IMC/E) de acuerdo con la edad (7).

EDAD		DESVIACIÓN ESTÁNDAR (IMC en kg/m ²)						
Año, mes	Mes	-3	-2	-1	Mediana	1	2	3
5, 10	70	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.5	20.6
5, 11	71	12.1	13.0	14.1	15.3	16.7	18.5	20.6
6, 0	72	12.1	13.0	14.1	15.3	16.8	18.5	20.7
6, 1	73	12.1	13.0	14.1	15.3	16.8	18.6	20.8
6, 2	74	12.2	13.1	14.1	15.3	16.8	18.6	20.8

Desviación estándar	Interpretación
> + 2 (equivalente al IMC de 30 kg/m ² a los 19 años)	Obesidad
> + 1 (equivalente al IMC de 25 kg/m ² a los 19 años)	Sobrepeso
1 a - 2	Normal
< - 2	Delgadez
< - 3	Delgadez severa

Tabla 14. Recordatorio de 24 horas del paciente previo a su ingreso

DESAYUNO		Hora: 8:00	Lugar: casa
Pan con queso, batido de guineo, huevo duro, agua	Pan (2 rebanadas) Queso (2 rodajas) Huevo (1 unidad) Guineo (1 unidad) Leche (1 ½ taza) Agua (1 vaso)		
MEDIA MAÑANA		Hora: 10:00	Lugar: casa
Manzana y agua	Manzana (1 unidad) Agua (1 vaso)		
ALMUERZO		Hora: 13:00	Lugar: casa
Sopa de queso con leche Arroz Cola	Queso (2 rodajas) Leche (1 taza) Papa (½ unidad) Fideo (½ taza) Arroz (1 taza) Cola (1 vaso)		
MEDIA TARDE		Hora: 16:00	Lugar: escuela
Pan con mantequilla Agua	Pan (2 rebanadas) Mantequilla (1 cucharada) Agua (1 vaso)		
MERIENDA		Hora: 20:00	Lugar: casa
Arroz con carne frita Cola	Arroz (1 taza) Carne frita (1 filete) Cola (1 vaso)		

Elaborado por: Samantha Quinde Moreno. Egresada de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la U.C.S.G.

Tabla 15. Registro dietético del paciente durante su hospitalización

Tipo de dieta: Líquida	
Días de la semana: Sábado y domingo	
Hora: 8:00 Lugar: Hospital	DESAYUNO Suero de arroz Agua aromática Jugo de manzana
Hora: Lugar:	MEDIA MAÑANA
Hora: 13:00 Lugar: Hospital	ALMUERZO Consomé Gelatina Agua aromática Jugo de manzana
Hora: Lugar:	MEDIA TARDE
Hora: 18:00 Lugar: Hospital	MERIENDA Consomé Gelatina Agua aromática Suero de arroz

Tipo de dieta: Astringente	
Días de la semana: Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes	
Hora: 8:00 Lugar: Hospital	DESAYUNO Pan tostado Mermelada Agua aromática de manzanilla Jugo de manzana
Hora: Lugar:	MEDIA MAÑANA
Hora: 13:00 Lugar: Hospital	ALMUERZO Sopa de pollo Arroz blanco Filete de pollo cocido Puré de papa Jugo de guayaba
Hora: Lugar:	MEDIA TARDE
Hora: 18:00 Lugar: Hospital	MERIENDA Sopa de pollo Puré de papa Filete de pollo cocido Zanahoria cocida Jugo de manzana

Elaborado por: Samantha Quinde Moreno. Egresada de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la U.C.S.G.

Tabla 16. Dieta Completa para el paciente de 6 años luego de la primera interconsulta

Desayuno	
Leche	Leche
Fuerte	Huevo
Snack	Pan Blanco
Fruta	Papaya
Media Mañana	
Leche	Yogurt
Fruta	Banana
Almuerzo	
Sopa	Locro de queso
Fuerte	Pollo al horno
Guarnición	Ensalada de veteraba y zanahoria
Arroz	Blanco
Jugo	Tomate de árbol
Media tarde	
Snack	Galletas club social
Fruta	Mandarina
Merienda	
Sopa	Crema brócoli
Fuerte	Seco de pollo
Guarnición	Maduro cocinado
Arroz	Blanco
Fruta	Uvas

Elaborado por: Samantha Quinde Moreno. Egresada de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la U.C.S.G.

Imagen1. Ecografía de abdomen superior y pelvis



Imagen 2. Formaciones ganglionares de 4 y 3 mm en fosa iliaca derecha



Imagen 3. Formaciones ganglionares de 6 y 5 mm en FID

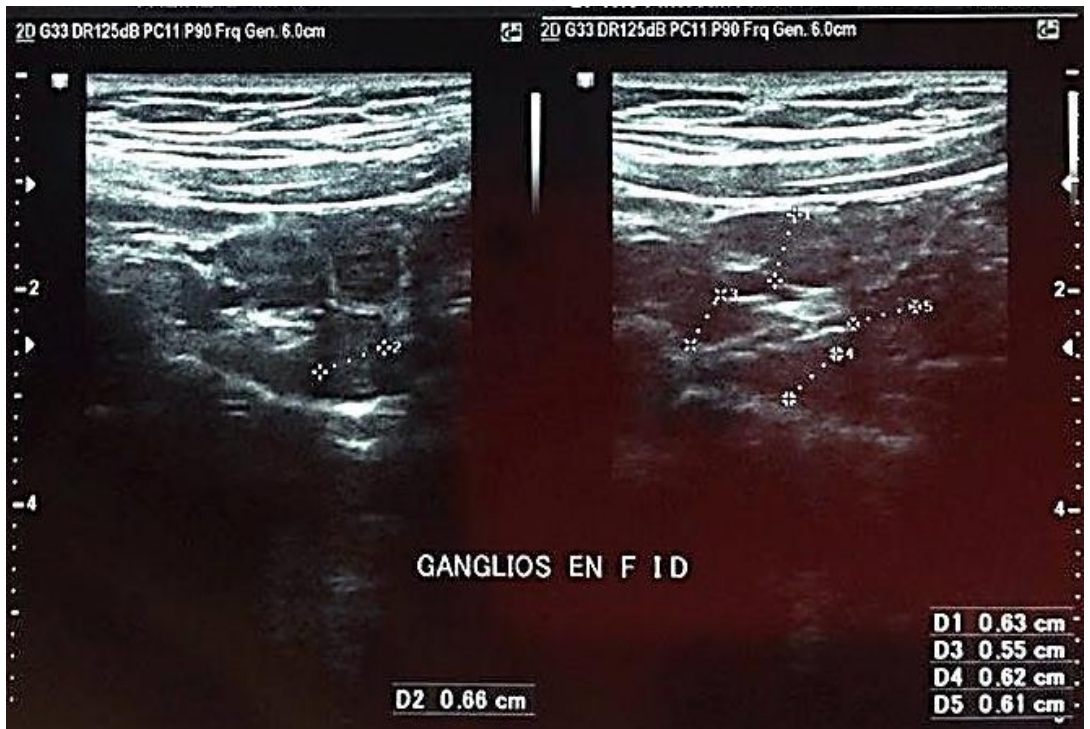


Imagen 4. Presencia de asas de intestino delgado con líquido en su interior en FID





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quinde Moreno, Samantha Gabriela** con C.C: # 0931709844 autor/a del **componente práctico del examen complejo: Recuperación nutricional en paciente pediátrico con gastroenteritis producida por Proteus** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 19 de septiembre de 2016

f. _____

Nombre: **Quinde Moreno, Samantha Gabriela**

C.C: **0931709844**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Recuperación nutricional en paciente pediátrico con gastroenteritis producida por Proteus		
AUTOR(ES)	Quinde Moreno, Samantha Gabriela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Álvarez Córdova, Ludwig Roberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Nutrición Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de septiembre del 2016	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición y Dietética		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	GASTROENTERITIS; PROTEUS; DIARREA; REHIDRATACIÓN ORAL; PÉRDIDA DE PESO; RECUPERACIÓN NUTRICIONAL		

RESUMEN/ABSTRACT:

La gastroenteritis aguda, es una enfermedad que se caracteriza por presentar vómitos, diarrea, fiebre y dolor abdominal. Dentro del cuadro clínico, la diarrea representa el mayor riesgo en el paciente, debido a la deshidratación y a la pérdida de peso. El siguiente reporte de caso se enfoca en la recuperación nutricional de un paciente pediátrico, cuyo diagnóstico es una gastroenteritis de tipo infeccioso, provocado por una bacteria (Proteus). También presenta leucocitosis, niveles elevados de PCR, inflamación de los ganglios mesentéricos en fosa iliaca derecha (FID); signos que confirman una infección e inflamación en el organismo del niño. La importancia del tratamiento se basa en la rehidratación durante las primeras 4 horas, probando tolerancia oral con líquidos, hasta incorporar totalmente una dieta normal para su edad. La alimentación está estandarizada por el hospital. Se inicia con dieta líquida, probando tolerancia en el paciente, seguida de una dieta astringente. Durante el proceso infeccioso tuvo una pérdida considerable de peso, que luego fue recuperada con una alimentación completa y saludable.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4- 982257480	E-mail: sami_friendla@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Álvarez Córdova, Ludwig Roberto	
	Teléfono: +593-4-999963278	
	E-mail: drludwigalvarez@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	