



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**“Cuidados de enfermería en lactantes
hospitalizados con distrofia nutricional en el
área de pediatría del Hospital Dr. Abel
Gilbert Pontón”**

**Previa la obtención del Título
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Elaborado por:

Albina Nicomedes Castro Muñoz

GUAYAQUIL, AGOSTO DEL 2012



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. Albina Nicomedes Castro Muñoz como requerimiento parcial para la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

Guayaquil, Agosto del 2012

DIRECTORA

REVISADO POR

RESPONSABLE ACAI

E
la
pe
con
intel
págin
bibliog

En virt
veracida



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, CASTRO MUÑOZ ALBINA NICOMEDES

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado "Cuidados de enfermería en lactantes hospitalizados con distrofia nutricional en el área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, Agosto del 2012.

LA AUTORA

CASTRO MUÑOZ ALBINA NICOMED

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios padre todo poderoso por darme la vida, y fortaleza día a día, a mi esposo por su apoyo incondicional.

También quiero expresar mi agradecimiento a mi tutora de tesis por su importante aporte en el desarrollo de este trabajo.

Albina Castro Muñoz

INDICE

ABREVIATURA.....	XII
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
1 INTRODUCCION.....	15
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específico.....	19
4. MARCO REFERENCIAL.....	20
CAPITULO 1.....	24
5 DISTROFIA NUTRICIONAL.....	24
5.1 Factores que determinan la distrofia nutricional	24
5.2. Factores que determinan la distrofia nutricional.....	24
5.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA DISTROFIA NUTRICIONAL.....	25
5.2.3. Clasificación etiológica.....	25
<i>Primaria</i>	25
<i>Secundaria</i>	25
<i>Mixta</i>	26
5.3. CLASIFICACION CLINICA.....	26
KWASHIORKOR.....	27
5.3.1 Causas, incidencia y factores de riesgo.....	27
Síntomas Y exámenes.....	28
5.3.4 expectativas i pronostico	28
5.3.5. Complicaciones.....	28
Clasificación por su intensidad.....	29

Expectativas pronóstico.....	28
Complicaciones.....	28
Clasificación por severidad o intensidad:	29
Clasificación por el tiempo de evolución:.....	30
FISIOPATOLOGIA.	30
Fisiopatología y respuestas adaptativas.....	30
Movilización y gasto de energía:	31
Degradación y síntesis de proteínas:	31
Hematología y transporte de oxígeno:	32
Función cardiovascular y renal:.....	33
Sistema Inmunitario:	33
Función gastrointestinal:.....	34
Sistema nervioso central:	34
Respuestas Adaptativas:.....	34
ETIOLOGÍA.	35
FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD	36
CICLO DESNUTRICIÓN-INFECCIÓN	38
DIAGNÓSTICO:	38
Signos universales.-.....	39
Signos circunstanciales.-.....	39
Signos agregados.-	39
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	39
Peso para la edad (p/e)	39

Peso para la talla (p/t).....	40
Talla para la edad (t/e).....	40
TRATAMIENTO NUTRICIONAL	41
Desnutrición leve o moderada	41
Desnutrición grave o severa	41
Inicio de la recuperación nutricional:	41
¿Qué indicar?.....	42
Incorporación temprana de alimentos	42
Consolidación de la recuperación nutricional:	43
Alta	43
Post Alta.....	44
CAPITULO II.....	45
CONSECUENCIAS DE LA DISTROFIA NUTRICIONAL.....	45
Talla baja.....	45
Talla baja de inicio prenatal	46
Talla baja de inicio postnatal.	46
Retraso de talla constitucional.....	46
Retraso de talla familiar	47
Deprivación psicosocial	47
Desnutrición.....	48
PESO.....	49
Causas y consecuencias del retraso en el crecimiento desnutrición	49
Sistema cardiovascular.....	52

Función renal.....	53
Sistema endocrino.....	53
Tracto intestinal.....	53
Sistema inmunológico.....	54
Anemia.....	55
Hígado.....	55
Páncreas.....	56
Sistema nervioso central.....	56
Función pulmonar.....	57
LA BUENA NUTRICIÓN ES ESENCIAL PARA EL APRENDIZAJE.....	58
PREVENCIÓN.....	59
¿Por qué enfocarse en la prevención?.....	61
CONTROL PRENATAL.....	62
LACTANCIA MATERNA.....	64
Producción.....	64
Lactancia Inducida.....	65
Composición.....	65
Sustancias contenidas en la leche.....	67
Elaboración.....	67
Beneficios.....	67
En el bebé.....	67
En la madre.....	68
Aspectos prácticos.....	68

Secreción de la leche materna.....	69
Lactogénesis	69
Métodos alternativos para la extracción de leche	70
Comparación con otra leches.....	70
INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN.....	71
ALIMENTACIÓN DE 6 A 8 MESES: MANTENER LA LACTANCIA MATERNA.....	72
Alimentación de los 9 a 11 meses	73
Alimentación de los 12 meses en adelante.....	74
Comportamiento alrededor de la alimentación	75
Alimentación óptima.....	75
PRÁCTICAS Y CONSEJOS BÁSICOS PARA LAS MADRES.....	76
CAPITULO III	77
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	77
Cuidados de enfermería en niños con Marasmo y Kwahiorkor	78
Prevención de desnutrición según la OMS.....	79
CAPÍTULO IV.....	80
PROPUESTA.....	80
Programa educativo sobre la desnutrición en lactantes, dirigida a las madres de familia de los niños hospitalizados en el área de pediatría del hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"	80
Programa educativo sobre lactancia materna, dirigida a las madres de familia de los niños hospitalizados en el área de pediatría del hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"	84
En el bebé.....	85

En la madre	86
5. PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	88
6. METODOLOGÍA.....	89
Universo	89
Muestra	89
GRÁFICO N ° 1	91
GRAFICO N ° 2	92
GRAFICO N ° 3	93
GRAFICO N ° 4	94
GRAFICO N ° 5	95
GRAFICO N ° 6	96
GRAFICO N ° 7	97
GRAFICO N ° 8	98
GRAFICO N ° 9	99
GRAFICO N ° 10	100
GRAFICO N ° 11	101
GRAFICO N ° 12	102
GRAFICO N ° 13	103
8. CONCLUSIONES.	104
9 VALORACION CRÍTICA	106
BIBLIOGRAFÍA.....	107

ABREVIATURAS.

DN: Distrofia Nutricional

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
(Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)

MSP: Ministerio de Salud Publica

PMA: Programa Mundial de alimentos

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

CSC: Conteo Sanguíneo completo

BUN: (por sus siglas en inglés) corresponde a nitrógeno ureico en sangre. .

P: Peso

T: Talla

ATP: Adenosin Tri Fosfato

Iga: Inmunoglobulina A

Fe: Hierro

CI: Coeficiente Intelectual

PRL: Prolactina

DS: Desviación Estándar

DEP: Desnutrición Proteica – Enérgica

RESUMEN

Tipo de estudio: Prospectivo descriptivo, de revisión bibliográfica e investigación cualicuantitativo. **Objetivo:** Analizar las causas de distrofia nutricional lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón **Materiales y métodos:** El análisis se efectuó usando encuestas con preguntas objetivas en 15 madres y familiares de lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional del área pediatría del hospital Abel Gilbert Pontón. **Resultados:** El 67 % de las madres de los lactantes no se realizaron el control prenatal lo que indica que no tuvieron orientación durante su embarazo acerca de los cuidados en alimentación, higiene y salud respectivamente. La mayoría de los lactantes han sido hospitalizados por problemas digestivos, según indicaban las madres. Estos datos nos permiten darnos cuenta que la desnutrición tiene como consecuencia otras patologías. El 67% de las madres de los lactantes solo han terminado la primaria. Por lo tanto es fácil deducir la falta de conocimiento acerca de ciertos temas de salud hace que las madres no asuman los cuidados correctos con sus hijos. El no tener conocimiento sobre una alimentación adecuada en los lactantes que padecen desnutrición conlleva a que sean susceptibles de enfermarse constantemente y su permanencia hospitalaria sea de mayor tiempo.

Palabras Clave: Lactante, distrofia, nutrición, prenatal, ignorancia

ABSTRACT.

Design: Observational descriptive literature review and quantitative research. Objective: Establish the primary care nursing infants hospitalized patients with Duchenne Nutrition in the area of pediatrics at the hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Materials and methods: The analysis was conducted using surveys with objective questions in fifteen mothers and families of hospitalized infants with nutrition area hospital pediatric Abel Gilbert Pontón. Results: The 67% of mothers of infants did not practice birth control indicating they had no guidance during your pregnancy care about nutrition, hygiene and health respectively. The majority of infants have been hospitalized previously for digestive problems, as indicated mothers. These data allow us to realize that malnutrition results in other diseases. 67% of mothers of infants have only completed primary school. Therefore it is easy to deduce that ignorance about certain health issues that mothers do not take proper care to their children. And if they knew their baby would prevent sick constantly. Conclusions: Not having knowledge of proper nutrition in infants suffering from malnutrition lead to illness that are capable of consistently and longer hospital stay.

Keywords: Infant, nutrition, prenatal, dystrophy, ignorance

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica pero puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal muerte de lactantes y niños pequeños en países en vía de desarrollo. La prevención es la prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

La OMS recomienda la introducción de la alimentación complementaria de 0.8 a 1 caloría por gramo de alimento, de tal manera que un niño de 9 meses de edad necesita consumir 620 calorías al día aparte de la lactancia materna. Si estimamos que la capacidad gástrica del niño de esas edades es 294 ml, el niño necesita comer 2.3 veces al día para cubrir sus requerimientos, sin embargo en nuestro medio, las madres preparan los alimentos con una densidad de 0.4 a 0.5 calorías por gramo, de modo que el niño tendría que comer un plato grande lleno 4.8 veces al día para cubrir sus necesidades nutricionales lo que sería un absurdo.

A nivel mundial existen 870 millones de personas que sufren desnutrición, en América latina el 40% de las familias viven en extrema pobreza. Actualmente, el 26 % de la población infantil ecuatoriana de 0 a 5 años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza el 35,7 de los menores y es aún más críticos entre los niños indígenas con un índice de más del 40% según datos del INEC.

El beneficio de este estudio es realizar la promoción y la prevención de la desnutrición en lactantes a través de un programa educativo constante que ayude a las madres a obtener un mayor conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, los beneficios

de ella; y el inicio de la alimentación complementaria a partir del sexto mes, ya que de esta forma se podrá disminuir el riesgo de desarrollar algún grado de desnutrición en lactantes.

2. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Hoy en día la desnutrición es aceptada con un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias el aumento en el tiempo de estancias hospitalarias, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones: infecciones flebitis embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de herida y fistula. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

En el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón perteneciente al MSP, ubicado en la 29 y Oriente, durante mi rotación de internado pude observar que en el área de pediatría específicamente en la sala de lactantes la mayoría de los niños hospitalizados en su primer diagnóstico médico referían distrofia nutricional que dependiendo del niño y de su estado de salud lo clasificaban en grados. Según (PMA) Programa mundial de alimentos, Ecuador es el cuarto país de América latina tras Guatemala, Honduras, y Bolivia con peores índices de desnutrición infantil.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano que va a disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados. Lamentablemente este problema de salud lo llevan las madres desde que los niños están en su vientre, porque al no acudir a sus controles prenatales, no reciben la atención adecuada y corren el riesgo de parir niños de bajo peso y estos a su vez no son llevados a los controles del niño sano mes a mes.

La condición del estado nutricional de los lactantes se ve marcada de cierta manera por diferentes factores como son la condición socioeconómica nivel cultural e inclusive irresponsabilidades de los padres. Se considera necesario estudiar los factores que hacen que los

lactantes lleguen a este estado nutricional para así poder encontrar soluciones, que a corto plazo causen mejorías en el estado de salud de los mismos.

La distrofia nutricional parece influenciar negativamente en el lactante ya que el primer año de vida una nutrición balanceada es esencial para el crecimiento físico y cerebral del menor, si queda afectado, el daño es irreversible, afectando el resto de su vida especialmente con alteraciones cognitivas.

Estas consideraciones permiten formular la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles serán las causas en pacientes lactantes hospitalizados con distrofia nutricional en el área de pediatría del hospital Abel Gilbert Pontón?**

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar las causas de distrofia nutricional en pacientes lactantes hospitalizados en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert pontón durante el mes de Marzo del 2012 a abril 2012.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar las causas de la distrofia nutricional en los lactantes.
- Aplicar datos antropométricos para determinar el grado de distrofia nutricional en los lactantes.
- Elaborar una guía alimentaria para las madres de familia de los lactantes de 0 a 24 meses de edad.
- Educar a las madres de familia a través de charlas educativas acerca de la nutrición adecuada en lactantes de 0 a 24 meses de edad.

4. MARCO REFERENCIAL

Numerosos estudios han demostrado que la desnutrición infantil produce un retardo en el crecimiento y éste puede ser más o menos severo dependiendo del grado de nutrición. También se ha dicho que la desnutrición afectaría el desarrollo psicomotor del lactante, y por lo tanto, dejaría secuelas en el desarrollo psicológico posterior.¹

Los factores postnatales que también contribuyen a la desnutrición crónica (talla baja) incluyen al poco apetito del niño (el que depende tanto del estado nutricional como de salud del niño), prácticas inapropiadas del cuidador en relación a la lactancia materna, alimentación complementaria y enfermedades infecciosas, en particular la diarrea. La promoción de la lactancia materna es la intervención más efectiva para prevenir la mortalidad de la niñez y tiene también muchos otros beneficios a corto y a largo plazo, tanto para la salud de la madre como para el niño. También es extremadamente costo-efectiva en comparación con otras intervenciones. El determinante, subyacente, social de la desnutrición crónica (talla baja) es la pobreza; la cual incluye la falta de acceso a la tierra y/o a un empleo remunerado, el bajo nivel de adecuación materna, servicios de saneamiento de mala calidad o inexistentes (que provocan elevados niveles de morbilidad entre los niños pequeños) y falta de empoderamiento de la mujer. Estos determinantes se encuentran por fuera del mandato del sector salud; sin embargo, ilustran la importancia de una coordinación activa y efectiva con diferentes ministerios, como ser agricultura, trabajo, educación, agua y saneamiento y género, con el fin de enfrentar las causas subyacentes de la desnutrición crónica (talla baja)²

Según la Organización Mundial de la Salud la lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían

¹ (de La Luz, Concha, Elordi, Lamilla, Ramos, & Perez, 1991)

² (OPS, 2008)

ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.

Aunque es un acto natural, la lactancia natural también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria.

También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, por ejemplo de agentes de salud cualificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.³

El conocimiento de las necesidades nutricionales del lactante en los primeros meses se ha obtenido del modelo biológico insuperable que es la leche materna. Se admite que la leche materna es capaz de cubrir, por sí sola, las necesidades energéticas hasta los 6 meses, pero a partir de entonces podrían establecerse carencias en algunos nutrientes. La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento hace que deba ser el alimento aconsejado y recomendado para el recién nacido y lactante sano durante los 4-6 primeros meses de vida, ya que su composición se adapta a las limitaciones fisiológicas del tubo digestivo, del metabolismo intermediario y de la función renal, aportando además una serie de ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas y

³ (OMS, 2002)

económicas. El inicio de la lactancia debe ser precoz, en las primeras horas del posparto, evitando tomas de suero o biberones, incluso inmediatamente después del parto. Ello favorece el contacto madre-hijo y el primer estímulo para la secreción láctea.⁴

El sentido común indica que debe ser importante hablar a todas las embarazadas sobre la alimentación infantil, para prepararlas para este aspecto de la maternidad. Se les debe dar toda la información necesaria para tomar una decisión con conocimiento pleno. La educación prenatal para las mujeres puede incrementar la lactancia materna si aumenta su confianza y habilidades. Las clases parecen particularmente eficaces.⁵

Muchos nacimientos ocurren en los hospitales o en las maternidades y las prácticas del personal de salud, en estos establecimientos, tienen un gran impacto sobre la alimentación del lactante. Las madres precisan de un manejo apropiado y de una ayuda calificada para promover la lactancia materna desde el momento del nacimiento, con el propósito de superar las dificultades que podrían presentarse. El apoyo y la consejería deberían estar disponibles de manera rutinaria durante el cuidado prenatal, para iniciar la preparación de las madres; en el momento del nacimiento, para ayudarles a iniciar la lactancia materna; y en el período postnatal, para asegurar que la lactancia materna se ha establecido completamente. Las madres y otros cuidadores que no pueden dar lactancia materna, requieren ser apoyados para que empleen métodos alternativos para alimentar al lactante.⁶

La lucha contra la desnutrición es un elemento fundamental para alcanzar prácticamente todos los objetivos de desarrollo del milenio; esta lucha viene ocurriendo en un momento de gran importancia política y estratégica en la historia. Muchos Estados Miembros se encuentran comprometidos, en los niveles políticos más elevados, con la erradicación de la desnutrición crónica (talla baja) de los niños pequeños. Este compromiso refleja el haber comprendido la importancia de la nutrición del

⁴ (Lázaro & Marín, 2002)

⁵ (OMS, Pruebas científicas de los diez pasos hacia una lactancia feliz natural, 1998)

⁶ (OMS, 2002)

niño pequeño y su relación con la salud física y mental para toda la vida y, por otra parte, con el desarrollo social y económico nacional. También refleja la comprensión de que existen intervenciones preventivas, basadas en la evidencia y costo-efectivas, las que pueden promover un mayor crecimiento físico, desarrollo cognitivo, mayores logros educativos y mayor productividad económica.⁷

⁷ (OPS, 2008)

CAPÍTULO I

5. DISTROFIA NUTRICIONAL.

Trastorno de la nutrición de un órgano o de una parte anatómica con las lesiones consecutivas, La distrofia nutricional es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

5.1 Factores que determinan el estado nutricional.

El hombre como todo ser viviente, depende de los nutrientes que obtiene del medio que lo rodea tratándose del niño, el requerimiento es mayor ya que se requiere de un aporte adecuado de nutrientes para su crecimiento y desarrollo y para ello depende de la capacidad del adulto para nutrirle así como el patrón cultural de la comunidad en la cual vive.

Los factores que determinan el estado de nutrición son:

1. Disponibilidad de los alimentos.

a) Producción.

b) Importación.

c) Exportación.

2. Factores que determinan el consumo

a) Sociales.

b) Patrón cultural:

Distribución del alimento en el mundo

- Tabúes alimentarios.

c) Ingreso económico (valor adquisitivo de la moneda)

d) Psicológicos.

3. Factores que condicionan el aprovechamiento del alimento:

a) Momento metabólico: normal, patológico.

b) Factores neuroendocrinos.

c) Factores genéticos.

d) Estado previo de nutrición

5.2 CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN.

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

5.2.1 Clasificación etiológica:

Primaria:

Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

Secundaria:

Cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sépsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neuropatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

Mixta:

Se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrimentos y la necesidad no satisfecha de los mismos.

5.3 Clasificación clínica:

La Distrofia Nutricional es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, proteica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la Distrofia Nutricional es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes. Los términos marasmo, Kwashiorkor y marasmo-Kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado. Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma "húmeda" o con edema, es un proceso más agudo, se presenta frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar dermatitis, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.

KWASHIORKOR

Es una forma de desnutrición que ocurre cuando no hay suficiente proteína en la dieta.

5.3.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

El kwashiorkor es más común en áreas donde hay:

- Hambre
- Suministro limitado de alimentos
- Bajos niveles de educación (cuando las personas no comprenden cómo consumir una dieta apropiada)

Esta enfermedad es más frecuente en países muy pobres y, a menudo, ocurre durante una sequía u otro desastre natural o durante épocas de inestabilidad política. Estas situaciones son responsables de la falta de alimento, lo cual lleva a que se presente desnutrición.

Es muy raro en los niños en los EE. UU. y sólo se presentan casos aislados. Sin embargo, un cálculo gubernamental sugiere que hasta el 50% de los adultos mayores en los asilos de ancianos en los EE. UU. no reciben la proteína suficiente en su dieta.

Síntomas

- Cambios en la pigmentación de la piel
- Disminución de la masa muscular
- Diarrea
- Deficiencia en el aumento de peso y en el crecimiento
- Fatiga
- Cambios en el cabello (cambios en el color o la textura)
- Aumento en el número y gravedad de las infecciones debido a daño en el sistema inmunitario

- Irritabilidad
- Abdomen grande que sobresale (protruye)
- Letargo o apatía
- Pérdida de la masa muscular
- Salpullido (dermatitis)
- Shock (etapa avanzada)
- Hinchazón (edema)

Signos y exámenes

El examen físico puede mostrar un hígado agrandado (hepatomegalia) e hinchazón generalizada.

Los exámenes pueden abarcar:

- Gasometría arterial
- BUN
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Depuración de la creatinina

5.3.4 Expectativas pronóstico

El tratamiento oportuno generalmente lleva a obtener buenos resultados. El tratamiento del *Kwashiorkor* en sus etapas avanzadas puede mejorar la salud general del niño; sin embargo, éste puede quedar con problemas físicos y mentales permanentes. Si no hay tratamiento o si éste llega demasiado tarde, la afección es potencialmente mortal.

5.3.5 Complicaciones

- Coma
- Discapacidad física y mental permanente
- *Shock*

6. Clasificación por severidad o intensidad:

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad.

Los valores pueden ser locales o internacionales, la desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

Grado	Déficit
1o.	10 al 24 %
2o.	25 al 39 %
3o.	al 40 %

Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado. Una desventaja de esta clasificación es que nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico, ni tiene la misma confiabilidad para niños mayores de cinco años.

La clasificación de Waterloo utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad baja), o ambas.

De esta manera es posible hacer una distinción entre los niños que están muy delgados (emaciados o con desnutrición aguda), los que son de talla baja (desmedro o con desnutrición pasada actualmente recuperados), y aquellos que son delgados y pequeños (emaciación o con desnutrición crónica agudizada).

El puntaje se determina de acuerdo al siguiente cuadro:

	INDICE		PORCENTAJE DE DÉFICIT	
	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
T / E	0 AL 5 %	6 AL 10 %	11 AL 15 %	> 15 %
P / T	0 AL 10 %	11 AL 20 %	21 AL 30 %	> 30 % o con edema

6.1 Clasificación por el tiempo de evolución:

De acuerdo al tiempo de evolución podemos clasificar la desnutrición en un proceso agudo donde observamos déficit en peso sin deterioro de talla. Los procesos crónicos manifiestan en forma evidente déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.

6.1.2. FISIOPATOLOGIA.

Fisiopatología y respuestas adaptativas

A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen periodos largos de restricción energética y/o proteica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objetivo de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro limitado de nutrientes.

La adaptación nutricional significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrientes y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas.

La Distrofia Nutricional se desarrolla gradualmente y permite la siguiente serie de ajustes metabólicos que resultan en una disminución de la necesidad de nutrientes y en un equilibrio nutricional compatible con

una disponibilidad más baja de nutrientes celulares. Si en este punto el suministro de nutrientes continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó "homeorresis", en el cual la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

Movilización y gasto de energía:

El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos calóricos y ello explica la reducción de los periodos de juego y actividad física que se observan y los periodos de descanso más prolongados y el menor trabajo físico.

Cuando la disminución del gasto de energía no puede compensar la ingesta insuficiente, las reservas de la grasa corporal se movilizan y el tejido adiposo y el peso corporal disminuye. La masa magra corporal se reduce a una velocidad menor como consecuencia del catabolismo de las proteínas del músculo que promueve una mayor liberación de aminoácidos. Conforme la deficiencia de energía se vuelve más grave, la grasa subcutánea se reduce en forma notoria y el catabolismo de proteínas lleva al desgaste muscular. Las proteínas viscerales se conservan por un tiempo mayor, en especial en pacientes con marasmo.

Degradación y síntesis de proteínas:

La disponibilidad baja de proteínas dietéticas reduce la síntesis protéica. Las adaptaciones del organismo permiten conservar las proteínas estructurales y mantener las funciones esenciales que dependen de proteínas, esto conduce a cambios enzimáticos que favorecen la degradación de la proteína del músculo y la síntesis hepática de proteína, así como la movilización de sustratos de energía desde los

depósitos de grasa.. Hasta que las proteínas de los tejidos que no son esenciales se agotan la pérdida de proteínas viscerales aumenta y la muerte puede ser inminente si no se instituye el tratamiento nutricional. La vida media de las proteínas se incrementa.

La velocidad de síntesis de la albúmina disminuye, hay un movimiento de albúmina desde las reservas extravasculares hacia las reservas intravasculares para ayudar a mantener niveles adecuados de albúmina circulante ante la disminución de su síntesis. Los mecanismos de adaptación fallan cuando el agotamiento de proteínas se vuelve muy grave y la concentración de las mismas en el suero disminuye. La reducción secundaria de la presión oncótica intravascular y la fuga de líquido hacia el espacio extravascular contribuyen a la formación del edema del kwashiorkor.

Hematología y transporte de oxígeno:

La disminución de la concentración de hemoglobina y de masa de eritrocitos que se observa en casi todos los casos de Desnutrición grave es un fenómeno de adaptación que se relaciona cuando menos en parte con los requerimientos de oxígeno por los tejidos. El decremento de la masa corporal magra y la actividad física menor de los pacientes con desnutrición también disminuyen la demanda de oxígeno.

El descenso simultáneo de los aminoácidos de la dieta resulta de una disminución de la actividad hematopoyética, que reserva los aminoácidos para la síntesis de otras proteínas más necesarias. En tanto los tejidos reciben suficiente oxígeno, esta respuesta debe considerarse una forma de adaptación y no una forma "funcional" de anemia.

Cuando la síntesis de tejidos, la masa corporal y la actividad física mejoran con un tratamiento dietético, la demanda de oxígeno se incrementa y es necesario que la hematopoyesis se acelere. Si no se cuenta con suficiente hierro, ácido fólico y vitamina B2 ocurre anemia funcional con hipoxia tisular secundaria.

Función cardiovascular y renal:

El gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyen y la circulación central cobra mayor importancia que la circulación periférica. Los reflejos cardiovasculares se alteran y ocasionan hipotensión postural y disminución del retorno venoso. La forma principal de compensación hemodinámica la constituye la taquicardia y no el aumento del volumen latido. Tanto el flujo plasmático renal como la velocidad de filtrado glomerular pueden disminuir a causa del descenso del gasto cardíaco, aunque al parecer la capacidad de excretar líquidos y de concentrar y acidificar la orina se conservan.

Sistema Inmunitario:

Los defectos principales que se observan en la Desnutrición grave parecen afectar los linfocitos T y el sistema de complemento. El número de linfocitos que se originan en el timo disminuye en forma intensa y la glándula se atrofia. Además se observa depleción de células de las regiones de linfocitos T en el bazo y los ganglios linfáticos.

En la Distrofia nutricional disminuye la producción de varios componentes del complemento. Estas deficiencias pueden explicar la gran susceptibilidad a la sepsis por bacterias gram negativas. Estos cambios tienen como consecuencia una mayor predisposición a las infecciones y a complicaciones graves.

Electrolitos: El potasio corporal total disminuye a causa de la reducción de proteínas musculares y de la pérdida del potasio del compartimiento intracelular. La acción baja de la insulina y la disminución de los sustratos de energía dentro de la célula reducen la disponibilidad de ATP y fosfocreatina. Lo anterior conduce a una entrada a la célula de Na y agua, con la consecuente sobre hidratación intracelular.

Función gastrointestinal:

La absorción de lípidos y disacáridos pueden alterarse y la velocidad de absorción de glucosa disminuir en la deficiencia de proteínas grave. También puede observarse menor producción de sustancias gástricas, pancreáticas y biliares, estos cambios alteran aún más las funciones de absorción que se manifiesta con diarrea y quizá también por la motilidad intestinal irregular y el sobre crecimiento bacteriano gastrointestinal. La diarrea incrementa la mala absorción y puede agravar más el estado nutricional.

Sistema nervioso central:

Los pacientes que padecen con Distrofia Nutricional a edad temprana pueden presentar disminución del crecimiento cerebral, de la mielinización de los nervios, de la producción de neurotransmisores y de la velocidad de conducción nerviosa.

Aún no se demuestran en forma clara las implicaciones funcionales de estas alteraciones a largo plazo y no pueden correlacionarse con la conducta posterior ni con el nivel de inteligencia.

Respuestas Adaptativas:

- Adaptación metabólica para sobrevivir de manera "compensada".
- Limitación de funciones no vitales
- Detención de crecimiento y desarrollo
- Normo glucemia a expensas de proteínas y grasas
- Reducción de la síntesis de proteínas viscerales y musculares
- Reducción en la concentración de la Hemoglobina. y Glóbulos Rojos
- Disminución del flujo plasmático renal y filtrado glomerular

- Disminución de linfocitos T y complemento sérico
- Disminución de Ig A
- Hipokalemia
- Disminución de secreción gástrica y pancreática, atrofia de vellosidades

Intestinales

- Alteraciones endocrinológicas

7. ETIOLOGÍA.

La etiología puede ser:

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrientes. En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados cuando hay desnutrición endémica, ésta presenta ciertos rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, particularmente en niños menores de cinco años y expectativas de vida más corta.

De tal manera que la desnutrición es el resultado de un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y la nutrición de la comunidad. En un alto porcentaje de los casos la causa de la desnutrición es debida a una baja ingesta de alimentos, la cual es insuficiente para cubrir las necesidades, agregándose a éstas en cualquier momento la infección que aumenta la severidad de este cuadro.

La causa principal del marasmo es el aporte inadecuado de energía, la etiología del Kwashiorkor es más incierta y actualmente no se acepta, en general, que se deba únicamente al bajo aporte de proteínas, como se creía hace un tiempo. Hay razones para pensar que el Marasmo

representa un estado de adaptación a la inadecuada nutrición, mientras el Kwashiorkor constituye un estado de desadaptación en el cual los aminoácidos se desvían para producir reactivos en la fase aguda como respuesta a la infección, en vez de ser utilizados para la síntesis visceral de proteínas

7.1. FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD

La desnutrición es consecuencia de las enfermedades infecciosas, y de una ingestión alimentaria inadecuada. Además de los aspectos fisiológicos, la desnutrición se asocia con otros muchos factores interrelacionados entre sí, como son los de índole social, política, económica, ambiental, psicológica y cultural.

Hace mucho tiempo que se tiene conciencia que la desnutrición tiene su origen en la pobreza, y resulta cada vez más evidente que una también es causa de la otra. La pobreza conduce a una baja disponibilidad de alimentos y a un desequilibrio en su distribución dentro de la familia, al hacinamiento, y la falta de saneamiento ambiental.

La ignorancia acerca de los patrones adecuados de alimentación y la baja escolaridad de los padres, por sí mismos o asociados a la pobreza conducen a que la introducción de alimentos en el niño durante el primer año de vida sea tardía, con malas condiciones higiénicas, baja en cantidad, de poca variación y a esto se suma las creencias erróneas o desconocimiento acerca del uso de ciertos alimentos.

Por tanto, el niño no recibe suficiente cantidad de energía, proteínas, vitaminas y nutrimentos inorgánicos para poder crecer, sus reservas se agotan y la susceptibilidad a presentar infecciones se incrementa, lo que se asocia con un aumento en la frecuencia de la Distrofia Nutricional. Lo anterior se complica aún más cuando durante las enfermedades como la diarrea, se limita la variedad y cantidad de alimentos, o formulas muy diluidas, o se suspende el amamantamiento.

El problema de la Desnutrición infantil se inicia con frecuencia desde la vida fetal , ya que si la madre no mantiene un estado nutricional adecuado antes y durante el embarazo, o padece ciertas enfermedades que disminuyen el flujo placentario, se incrementa la posibilidad de que el bebé presente un bajo peso al nacer lo que también aumenta las probabilidades de que el niño tenga retraso del desarrollo cognoscitivo, así como desnutrición. Existen otros factores que predisponen a la desnutrición, como el hecho de que la madre tenga que invertir gran cantidad de tiempo para garantizar la seguridad alimentaria de la familia , lo que provoca que disminuya la calidad de atención en general que les brinda a sus hijos y en particular , la alimentaria. Cabe decir que las mujeres corren un riesgo mayor de padecer desnutrición, ya que por rasgos culturales tienden a estar menos protegidas que los varones.

Los entes gubernamentales político y económico, como la falta de conciencia comunitaria, están muy relacionados con la presencia de la distrofia nutricional en la población, ya que determinan cómo se distribuyen los ingresos y los bienes sociales. También intervienen fenómenos intrafamiliares , como el abuso , el maltrato y el abandono de los menores por parte de la familia, así como el alcoholismo o la drogadicción de algunos de sus miembros. A los hechos anteriores se suman la falta o ineficiencia de los servicios de salud, que no cuentan con la capacidad y los equipos necesarios para brindar la orientación y la atención requeridas.

Además , no hay que olvidar que condiciones ambientales , como los patrones de la agricultura, las inundaciones, las sequías, las crisis económicas, las guerras y las migraciones forzadas, provocan una carencia cíclica, aguda o prolongada de abastecimiento de alimentos en la comunidad, en donde los más vulnerables son los menores de cinco años.

7.2. CICLO DESNUTRICIÓN-INFECCIÓN

Se ha demostrado que el niño desnutrido es más susceptible a las infecciones. Éstas constituyen uno de los factores que más contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad cuando se asocia a la Distrofia nutricional. El caso de la diarrea, el sarampión y las enfermedades respiratorias. Por otro lado, la presencia de las infecciones pro-mueve el desarrollo de la desnutrición, lo que implica que por lo general ésta y las infecciones aparecen juntas y se retroalimentan entre sí.

El ciclo desnutrición- infección-desnutrición se debe a la presencia e interacción de varios factores, entre los que destacan el abandono temprano de la lactancia , la ablactación prematura (antes del segundo mes o tardía (después del sexto mes) , el uso inadecuado de sucedáneos de la leche humana y la falta de higiene en su preparación, que provocan infecciones gastrointestinales frecuentes y merman la enfermedad del estado nutricional del niño.

Por sí mismas, las infecciones desencadenan anorexia, disminución de la absorción de nutrientes como en el caso de la diarrea o la parasitosis—, incremento de las pérdidas urinarias de nitrógeno y electrolitos, así. Como un aumento del gasto energético basal. Si durante el episodio de infección no se aportan los nutrientes necesarios para crecer y compensar el gasto por la enfermedad , el niño utilizará sus propias reservas y dejará de crecer , sus mecanismos inmunitarios se verán comprometidos y se repetirán nuevamente las infecciones, lo que conducirá a las presentaciones graves.

7.2.1DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico en la Distrofia nutricional es primordialmente clínico. Los signos clínicos se clasifican en:

Signos universales.-

Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrientes, de la etapa de crecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.

Signos circunstanciales.-

Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.

Signos agregados.-

Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

7.2.3 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

Peso para la edad (p/e)

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$$P/E = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

Interpretación: según la clasificación de Federico Gómez.

Porcentaje de peso	Déficit	Normal	91 o más	<	10 %
	Desnutrición grado I		90 a 76		10 - 24 %
	Desnutrición	II	75 a 61		25 - 39 %
	Desnutrición	III	60 o menos	40	> %

Bengoza se adhiere a la clasificación en grados de Gómez y solo introduce que todos los casos con edema deben ser incluidos en el grado III de desnutrición.

Peso para la talla (p/t)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricional.

Este parámetro indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

Talla para la edad (t/e)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

7.2.4 TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Desnutrición leve o moderada

La recuperación nutricional es rápida. Las necesidades iniciales se establecen en un rango intermedio entre las que le corresponderían por su peso actual y las calculadas para su peso ideal. En forma progresiva se deberá aproximar a las necesidades de un niño normal.

Desnutrición grave o severa

El tratamiento es prolongado y requiere de internación. En un primer momento se busca la estabilización del paciente.

Luego el tratamiento se divide en 3 etapas:

Inicio de la recuperación nutricional:

Cuando la adecuación P/T es $< 70\%$ se intenta alimentación vía oral por 24 hs, si no se logra el aporte, se pasa a enterar continua por sonda nasogástrica. De acuerdo a la evolución, se ofrecerán progresivamente alimentos por vía oral y se retirará la sonda luego de cumplidas 24 hs de recibir “todo” el aporte por boca.

- Aporte calórico: 80 – 100 cal /Kg /d
- Aporte Proteico: 1 gr /Kg /
- Aporte Hídrico: 120 – 130 ml /Kg /d, 100 ml/Kg /d (edemas)

La progresión alimentaria debe ser lenta cada 48 – 72 hs. En esta etapa se considera satisfactoria una ganancia de peso 5 – 6 g/Kg/d. Aporte de vitaminas y minerales

VIT A	50.000 UI /d (en < 6 m) 100.000 UI/d (6-12 m) 200.000 UI/d (en > 12 m)
VIT D	1.000 UI/d
VIT C	50 mg/d
VIT B 12	2 mcg/d
Zinc	2 mg/Kg/d
Magnesio	0,6 mmol/Kg/d
Cobre	0,3 mg/Kg/d
Potasio	3 - 4 mmol/Kg/d
Calcio	2 mmol/Kg/d
Fósforo	2 mmol/Kg/d
B 9	5 mg/d (1º día). Luego 1 mg/d

No introducir el Fe hasta que se encuentre sin diarrea y en franca recuperación nutricional.

¿Qué indicar?

- a) Fórmulas lácteas libres de lactosa
- b) Mantenimiento de la lactancia materna
- c) Malto dextrinas
- d) Caseinato de calcio
- e) Triglicéridos de cadena mediana

Incorporación temprana de alimentos

Aunque exista diarrea:

- Favorece la reducción de la atrofia de la mucosa inducida por la desnutrición

- Permite una rápida recuperación de la mucosa afectada por la infección entérica
- Mejoría de las alteraciones de la permeabilidad

Consolidación de la recuperación nutricional:

El niño generalmente recupera el apetito a la semana. En esta etapa se busca un aumento de peso no inferior a 10 – 12 gr/ Kg / día, siendo el ideal 20 gr/kg/d. Los lactantes que se alimentan por succión a libre demanda y tienen un aporte que les permite una curva ascendente de peso. Siguen con las vitaminas y minerales. Si la edad lo permite se comienza con semisólidos en forma progresiva, se ofrecen previo al biberón. Estos alimentos no se restan del aporte calórico total en la primera etapa.

- Aporte calórico: las calorías necesarias para la edad del niño, con el peso actual y agregar las calorías necesarias para la formación de nuevos tejidos. El aporte será de 175 – 200 cal/Kg/d
- Aporte proteico: 3 – 4 gr/Kg/d- Hidratos de Carbono: 50 – 60 %
- Grasas: 30 – 35 %. La absorción se encuentra disminuida en un 50 %,
- Agua: las necesidades basales + las pérdidas concurrentes si aún persiste la diarrea
- Micronutrientes: se mantiene la suplementación. En éste momento se agrega suplemento de Fe: 2 – 3 mg/Kg/d

Alta

En menores de 1 año: P (50) de P/E o > 90 % de adecuación P/E En mayores de 1 año: P(50) de P/T o > 90 % de adecuación P/T

Alternativas: Con adecuación > 80%, sin diarrea, con curva de peso en ascenso, libre de infección y sin edemas.

Post Alta

Control con el Servicio de Nutrición a las 48 hs. del alta. Luego se hará semanalmente, y posteriormente mensualmente. A medida que se acerca al P/T, disminuye la ganancia ponderal como así también el apetito y el aporte alimentario. Esta situación es normal y puede provocar una leve y transitoria disminución del peso. A medida que el niño se recupera el aporte debe ir disminuyendo hasta llegar a una alimentación adecuada a las necesidades del niño.

CAPITULO II

8. CONSECUENCIAS DE LA DISTROFIA NUTRICIONAL

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente tienen efecto en la estatura, el peso y desarrollo intelectual. Esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición, padecimiento de prevalencia alta. La desnutrición perjudica principalmente a los niños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un buen régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de algunos niños no es vigilada y por lo tanto, no tiene un balance de nutrientes.

Así, a medida que esta enfermedad avanza se originan trastornos en la salud de los lactantes y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones. Además, se altera la función de órganos como riñón e hígado, la deficiencia proteínica ocasiona que el niño tratado con fármacos tenga una alteración importante en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los mismos. Esto puede provocar una intoxicación con el consecuente riesgo de caer en estado de coma.

Talla baja

El retraso de crecimiento es un problema médico frecuente, representa alrededor del 50% de las consultas endocrinológicas de niños y adolescentes. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de éstos presenta una enfermedad al ser evaluados en el contexto familiar o de su grupo étnico.

Se considera que un paciente tiene talla baja cuando su relación talla/edad está dos desviaciones estándar (DS) bajo el promedio poblacional esperado para su edad y sexo, o por debajo del percentilo tres. El 80% de una población de niños cuya talla está entre -2 y -3 DS

corresponde a una variante normal (talla baja familiar o constitucional). En cambio, la mayoría de los que están bajo 3 DS tienen una talla baja patológica.

Por otra parte independiente del percentil talla/edad en que esté un niño, si la velocidad de crecimiento medida durante un período mínimo de 6 meses de observación, está bajo el percentil 10 de las curvas de crecimiento de Tanner, ese niño presenta un serio trastorno en su crecimiento. Entre los 4 y 10 años de edad debe considerarse anormal un incremento menor de 4,5 cm/año.

Talla baja de inicio prenatal

Se considera retraso de crecimiento intrauterino cuando el peso y/o talla de nacimiento está bajo el percentil 10 para su edad gestacional. Las causas son múltiple pueden ser de origen materno, útero-placentarias, fetales y en un alto porcentaje desconocidas (idiopático).

El crecimiento posnatal es variable dependiendo de la causa, en un 60% muestran un crecimiento recuperacional en los dos primeros años. El resto habitualmente quedan con talla baja y no alcanzan el potencial genético.

Talla baja de inicio postnatal.

Dentro de los retrasos de crecimiento postnatal con segmentos corporales proporcionados están las variantes normales, las enfermedades sistémicas no endocrinas y las alteraciones hormonales, siendo las dos primeras los cuadros más frecuentes. A continuación analizaremos brevemente las principales causas de talla baja.

Retraso de talla constitucional

Se aplica este término a niños que son pequeños porque tienen una maduración más lenta que lo normal. Se ve preferentemente en varones con talla de nacimiento normal, que desaceleran su velocidad de crecimiento después de los 6 meses, estabilizando su curva alrededor de los dos a tres años. Posteriormente crecen con velocidad normal, por un

canal situado por debajo de -2 DS pero paralelo a la curva normal. La talla y edad ósea se atrasan proporcionalmente entre 2 y 4 años.

El inicio puberal es más tardío que el de sus pares, logrando una talla final de acuerdo a su carga genética. Puede o no existir el antecedente de retardo del desarrollo puberal en los padres u otros familiares cercanos. Habitualmente no requieren tratamiento, puesto que el pronóstico de talla es normal, a menos que presenten conflictos emocionales importantes por su talla baja y que no respondan a la terapia psicológica. Cuando en un paciente coexisten talla baja constitucional y talla baja familiar, el pronóstico es más incierto y las predicciones de tallas pueden sobreestimar la talla final.

Retraso de talla familiar

Es probablemente la causa más común de talla baja. Estos niños son pequeños porque su carga genética así lo determina. La talla de nacimiento es normal o baja, desaceleran su crecimiento en los primeros años de vida, para continuar posteriormente con velocidad normal baja, creciendo por un canal entre 2 DS y 3 DS por debajo de la mediana. La edad ósea es concordante con la edad cronológica y sobrepasa la edad de talla. Se define edad talla a la edad a la cual el promedio de los niños normales alcanzan la talla del sujeto en estudio.

La pubertad se inicia a la edad habitual y la talla final es baja, pero concordante con la carga genética familiar. Toda la evaluación de laboratorio es normal. No se ha encontrado tratamiento que modifique significativamente su talla final.

8.1 Deprivación psicosocial

Este cuadro fue inicialmente descrito en niños internados en hogares institucionales u orfanatos, que presentaban un grave retardo de crecimiento a pesar de tener un aporte nutricional adecuado y ninguna causa orgánica pesquisable. Su evaluación endocrina demostró ausencia de reserva hipofisaria para hGH y ACTH y niveles bajos de IGF-1,

situación que se revertía al trasladarlos a un ambiente acogedor. Se ha planteado la existencia de un mecanismo psico neuroendocrino, que involucra corteza, hipotálamo e hipófisis.

En general, se presenta en niños mayores de tres años con talla baja y crecimiento subnormal. La historia de deprivación es difícil de obtener y se debe buscar en niños insertos en ambientes familiares disfuncionales, deprivados de afecto, con padres alcohólicos, drogadictos o con enfermedades psiquiátricas. Los niños habitualmente presentan alteraciones del sueño (insomnio, deambulación nocturna), alteraciones en la conducta alimentaria tales como anorexia, bulimia, pica, polidipsia.

Si se sospecha el diagnóstico, deben buscarse en forma dirigida evidencias del maltrato físico que puede acompañarlo. El diagnóstico habitualmente es por descarte y muchas veces la evolución clínica favorable que presentan estos pacientes cuando se hospitalizan para descartar causas orgánicas, apoya esta etiología. No siempre se demuestra una falla hipofisaria.

Desnutrición

A nivel mundial, la desnutrición es la causa más común de retraso de crecimiento, pues dos tercios de la población mundial están subnutrida. La falta de nutrientes también puede ser provocada por restricción calórica voluntaria (adolescentes temerosas de ser obesas, bailarinas de ballet, gimnastas), por cuadros psiquiátricos (*anorexia nervosa*) o por anorexia secundaria a enfermedades crónicas.

La desnutrición también puede ser secundaria a pérdidas exageradas, como ocurre en los síndromes de mal absorción, o bien a un gasto metabólico muy alto no suficientemente cubierto con una alimentación habitual (cardiopatías, cuadros infecciosos crónicos).

En el caso de desnutrición proteica grave (Kwashiorkor), se produce resistencia a la hGH, se encuentra elevada y bajos los niveles de IGF-1, situación que se revierte con el aporte de nutrientes. En la

desnutrición calórico-proteica se han encontrado niveles normales o bajos de hGH y de IGF-1. Asociado a la desnutrición calórico-proteica puede existir un déficit de micronutrientes, como vitaminas, zinc, fierro, entre otros. En relación a la carencia de zinc, no sólo se ha descrito retraso del crecimiento ponderal, sino también retraso puberal. Este déficit debe sospecharse en pacientes con mal absorción, con acrodermatitis enteropática o en aquellos niños que tienen una ingesta pobre en carnes rojas y/o rica en fosfatos y fitatos que impiden su absorción.

PESO

Es la medida de valoración nutricional más empleada, el concepto de peso se remonta a la Grecia antigua hace más de 2000 años. Las balanzas que permiten su medición han evolucionado y hoy en día no representa ningún obstáculo el llevarlo a cabo, incluso en personas enfermas cuya movilidad sea dificultosa.

El peso, no obstante, está en función del tipo morfológico y del esqueleto del individuo, por ello es preferible, como valoración nutricional utilizar el porcentaje de cambios de peso más que el peso en sí mismo. Habitualmente una variación del 10 % del peso normal indica un cambio nutricional considerable y si la pérdida es mayor del 10 % y además se ha producido en un corto espacio de tiempo, significa que hay una alteración nutricional importante. Por lo tanto se debe calcular el peso ideal de cada persona para a partir de él calcular el porcentaje de variación de peso

8.1.1 Causas y consecuencias del retraso en el crecimiento desnutrición

El retraso del crecimiento es causa y consecuencia de la pobreza. Los estudios longitudinales han mostrado que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez se traducen en la edad adulta como baja productividad, menos ingresos económicos y problemas de salud. Estos efectos de la desnutrición también son intergeneracionales; los niños de mujeres que fueron desnutridas durante el inicio de su vida son más

pequeños que los hijos de mujeres bien nutridas. Por otra parte, el retardo de crecimiento intrauterino puede limitar el crecimiento postnatal.

Las causas más directas del retraso del crecimiento son las malas prácticas de la lactancia materna, de alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas. La ingesta insuficiente de energía y nutrientes es el resultado de inapropiadas prácticas de alimentación, calidad de la dieta empleada en la alimentación complementaria y entre la población que vive en pobreza extrema, la inseguridad alimentaria en el hogar. Si bien, muchos hogares en América Latina y El Caribe tienen, probablemente, los recursos adecuados para proveer suficiente comida que permita cubrir los requerimientos de energía de los lactantes y niños pequeños, la mayoría no cuenta con los recursos que permitan brindar alimentos que cubran las necesidades de micronutrientes (alimentos de origen animal y/o alimentos fortificados).

Esto aún es más cierto para los nutrientes conocidos como "nutrientes críticos", como ser el hierro, zinc, vitamina B6 en la mayoría de países en vías de desarrollo, riboflavina, niacina, calcio, vitamina A, tiamina, y vitamina C en ciertas poblaciones.

Aunque la ingesta de estos nutrientes frecuentemente es elevada, su biodisponibilidad en la dieta es pobre (por ejemplo el hierro y el zinc de fuentes vegetales) de manera que, en general, su absorción es baja. La mejor fuente de estos nutrientes es la carne animal, la cual es demasiado cara para ser adquirida de manera regular por muchas familias. Por otra parte, incluso si la familia tiene suficientes alimentos para satisfacer las necesidades de energía del lactante y del niño pequeño, esto no significa que realmente alcanzarán a cubrirlas. Algunos estudios muestran que en hogares donde la ingesta de energía es inadecuada, los niños pequeños consumen menos comida que la ofrecida, posiblemente debido a la falta de apetito, características de la dieta (por ejemplo, sabor y textura) y a las prácticas de alimentación.

La diarrea también es importante como etiología del retraso del crecimiento, ya que reduce el apetito y la absorción intestinal de energía

y nutrientes. Además, la interacción entre una inadecuada ingesta de nutrientes y la diarrea es tal que su presencia simultánea afecta el crecimiento de manera sinérgica; es decir que sus efectos no son simplemente “aditivos”, como podría predecirse. Tanto la ingesta inadecuada de nutrientes como las infecciones son el resultado de condiciones subyacentes sociales y económicas en el hogar, la comunidad y en el país. El modelo conceptual de UNICEF, muestra las causas subyacentes básicas (estructurales), e inmediatas y las consecuencias La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio

El crecimiento del bebé, desde su nacimiento, se mide con tres valores: peso, talla y perímetro craneal. Un valor puntual no puede valorar bien el crecimiento del niño, lo más importante es ver cuál es la evolución de estas medidas en el tiempo. Para realizar esta valoración a largo plazo, el pediatra utiliza las Tablas de crecimiento. Son gráficas (las hay de niños y de niñas) que nos permiten ver cómo está el bebé respecto al resto de los niños de su misma edad. Hay gráficas que van de los 0 a los tres años y el tiempo está representado en meses y las tablas para niños o niñas de más de 2 años donde el tiempo está representado en años (de los 2 a los 18).

Siempre hay una línea central más gruesa que es el percentil 50, esto quiere decir que es el valor medio de peso, talla o perímetro de los bebés para esa edad en concreto. La normalidad se estima que está entre el percentil 3 (línea inferior de la curva) y el percentil 97 (línea superior de la curva). Lo importante es que el crecimiento siga un carril en concreto y no se estanque ni que se sobrepase en exceso. A continuación se adjuntan los valores medios de peso, talla y perímetro craneal para diferentes edades y diferenciado por sexo.

NIÑOS	PESO MEDIO	TALLA	P. CRANEAL
Recien nacido	3,4 kg	50,3 cm	34,8 cm
3 meses	6,2 kg	60 cm	41,2 cm
6 meses	8 kg	67 cm	44 cm
9 meses	9,2 kg	72 cm	46 cm
12 meses	10,2 kg	76 cm	47,3 cm
15 meses	11,1 kg	79 cm	48 cm
18 meses	11,8 kg	82,5 cm	48,7 cm
2 años	12,9 kg	88 cm	49,6 cm
3 años	15,1 kg	96,5 cm	-

NIÑAS	PESO MEDIO	TALLA	P. CRANEAL
Recien nacido	3,4 kg	50,3 cm	34,1 cm
3 meses	5,6 kg	59 cm	40 cm
6 meses	7,3 kg	65 cm	42,8 cm
9 meses	8,6 kg	70 cm	44,7 cm
12 meses	9,5 kg	74 cm	46 cm
15 meses	10,2kg	77 cm	46,7 cm
18 meses	11 kg	80,5 cm	47,3 cm
2 años	12,4 kg	86 cm	48,2 cm
3 años	14,4 kg	95 cm	-

8.1.2 Sistema cardiovascular

La disminución de las proteínas musculares que caracteriza a la DEP afecta también al músculo cardíaco. Puede presentarse hipotensión, hipotermia, disminución de la amplitud del pulso, pulso filiforme, sonidos cardíacos distantes y soplo sistólico por anemia. En el marasmo hay disminución del consumo de oxígeno y bradicardia, aun en presencia de fiebre, y en el caso del kwashiorkor hay reducción del tamaño cardíaco con evidencia macroscópica e histológica de lesiones miocárdicas. Dadas

10. CONTROL PRENATAL.

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prever complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

Aunque es recomendado realizar una visita al médico de manera preconcepcional, es decir antes de quedar embarazada, para diagnosticar cualquier enfermedad que se tenga y que hasta ese momento no se haya manifestado, o que se pueda desencadenar con el embarazo, y así proteger la vida de su hijo y la de la madre. Se recomendará, en esta visita, tomar Acido Fólico que evita malformaciones neurológicas del bebe. El primer control prenatal debe ser realizado lo más temprano posible, en este se preguntará la fecha de la última menstruación para en base a ésta calcular la fecha probable de parto, además se investigará antecedentes de enfermedades que tuvo o que se encuentre padeciendo, cirugías que le hayan realizado, si tuvo embarazos anteriores y como terminaron estos, en parto o cesárea, si este embarazo fue planificado o recibió tratamiento para conseguirlo, medicación que está tomando, además de molestias que estuviera sintiendo, algunas propias del embarazo y otras que puedan poner en riesgo su vida.

Es importante diagnosticar o saber a tiempo si estamos cursando con alguna enfermedad como Diabetes, Presión alta, problemas de tiroides, artritis reumatoide, enfermedades del corazón entre otras. El ginecólogo deberá llevar un estricto control para evitar complicaciones futuras que pongan en riesgo la vida de nuestro hijo y la de nosotras y si es necesario se pedirá la valoración conjunta con un especialista para su enfermedad.

La enfermera tomará sus datos completos, y signos vitales incluido: tensión arterial, temperatura, peso y talla, estos datos serán registrados en un carnet de control prenatal, el cual usted debe llevar a todos sus controles subsiguientes. Gracias a este registro se puede ver número de controles realizados, detectar alteraciones en el peso (desnutrición, sobrepeso u obesidad), cambios en la presión arterial (hipertensión e hipotensión), medicación recibida, infecciones que hayan sido diagnosticadas.

Además en el primer control prenatal se debe realizar:

- Examen de sangre: para descubrir si tiene anemia o alguna infección, saber su tipo de sangre, VDRL (Sífilis), VIH (SIDA sólo si usted lo autoriza).
- Examen de orina: para descartar una infección de vías urinarias.
- Examen de mamas
- Examen ginecológico.
- Se pedirá a la paciente un control odontológico.
- Se indicará si es necesario o no recibir la vacuna para evitar el tétanos.

También una ecografía en caso de que la paciente no recuerde la fecha de la última menstruación, presente sangrado vaginal, eliminación de líquido por la vagina, dolor intenso a nivel del vientre, para descartar alguna malformación fetal (si se tuviera alguna sospecha o existiera el antecedente de embarazos que presentaron malformaciones), y Recordemos que la ecografía evalúa diferentes parámetros en el transcurso del embarazo y no es la misma en el primer mes que en el último mes. El obstetra examinará de manera integral a la madre y su hijo, detectara alteración de latido fetal, problemas en el crecimiento adecuado de su hijo, es decir evaluará el bienestar del bebé.

Se aconsejará alimentación adecuada durante el embarazo, vestimenta cómoda, horas necesarias de descanso, ambiente tranquilo en el trabajo y el hogar, se recomienda multivitamínico y se indican los signos de alarma que pueden poner en peligro su vida y la de su hijo. Entre estos son de importancia: presencia de sangrado vaginal, dolor intenso en el vientre, dolor de cabeza, hinchazón de piernas, eliminación de líquido vaginal, disminución de los movimientos del bebé, etc. Lo adecuado es que se realice un control del embarazo cada mes, pero si no es posible de esta manera, se recomienda realizar un mínimo de 5 controles: uno en los primeros 5 meses, el segundo entre los 6 y 7 meses, el tercero entre los 7 y 8 meses, el cuarto entre los 8 y 9 meses, y el último hasta que empieza la labor de parto o el médico haga una cita para planificar una cesárea o parto normal.

Con todo lo descrito anteriormente, podemos ver que el control prenatal es muy importante para todas las embarazadas y sus bebés.

10.1 LACTANCIA MATERNA.

La lactancia es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

Producción.

Para que la mujer pueda producir leche materna debe estar bajo la influencia de las hormonas prolactina y oxitocina. La prolactina es la encargada de que haya producción de leche y la oxitocina desencadena la eyección (salida) de leche. Es muy común que se les recomiende a las madres tomar o comer algún alimento en particular para producir buena leche.

Esto es un mito, sin embargo, la producción depende únicamente del estímulo que realiza el bebé al succionar. Cada vez que las glándulas

mamarias se vacían, éstas generan más leche y, por lo tanto, a mayor succión habrá más producción de leche. La primera leche elaborada por la mujer después del parto se llama calostro, caracterizada por su alta concentración de inmunoglobulinas, que cubren y protegen el tracto gastrointestinal del recién nacido. Esto ayuda a protegerlo hasta que su propio sistema inmunológico funcione correctamente. Tiene también un efecto laxante suave que facilita la expulsión de meconio, lo que ayuda a prevenir la acumulación de bilirrubina (un factor que produce la ictericia). Es mucho mejor tomar leche materna que otro tipo de leche artificial.

Lactancia Inducida.

Sin embargo, la producción de leche puede ser «artificial» e intencionalmente inducida en la ausencia de embarazo en la mujer. A esto se le llama lactancia inducida mientras que una mujer que ha amamantado antes y empieza de nuevo se le llama relactancia. Esto puede hacerse periódicamente por la succión de los pezones (varias veces al día), masajeando y apretando los senos de la mujer o con ayuda adicional de uso temporal de drogas que inducen la lactancia como la antagonista de la Dopamina la Domperidona. En principio, con gran paciencia y perseverancia es posible inducir la lactancia por solo realizar succión en los pezones. No es necesario que la mujer haya estado embarazada, e incluso puede estar bien en su período posmenopáusico. El efecto que tienen algunas hierbas no está clínicamente confirmado, aunque varias hierbas se recomiendan para aumentar o evocar el flujo de leche. Estos son, por ejemplo, la alholva (la más popular) y el cardo bendito.

Composición.

La leche materna es un fluido cambiante ya que se va adaptando a los requerimientos del lactante a lo largo del tiempo, en función de las necesidades energéticas y del desarrollo del recién nacido. Es así como su composición va sufriendo variaciones a lo largo de la lactancia y

también durante el día. Entre las sustancias que tienen variaciones circadianas están los nucleótidos, algunos tienen su acrofase durante el día y otros durante la noche. Aunque las propiedades exactas integradas en la leche materna no son completamente conocidas, el contenido nutritivo después de este período es relativamente constante y obtiene sus ingredientes del suministro de alimentos consumidos de la madre. Si aquel suministro decrece, el contenido se obtiene de las reservas corporales de la madre.

La composición exacta de leche materna varía de día en día, de toma a toma, inclusive dependiendo de si es de día o de noche, según el consumo de alimentos, el ambiente, la edad del bebé. También ha de ser tenido en cuenta que la proporción de agua y grasa fluctúa. La leche liberada al principio de una comida, es acuosa, baja en grasa y alta en carbohidratos, mientras que la del final de la toma es más rica en grasas. La mama nunca puede ser realmente vaciada ya que la producción de leche es un proceso biológico continuo: a mayor succión del bebé, mayor producción de leche. Aunque en la actualidad sea recomendada mundialmente, a mediados del siglo XX la práctica de amamantamiento con leche materna pasó por un período en la que se la consideraba fuera de moda y se empleaban leches artificiales que inclusive fueron consideradas superiores a la leche materna.

Sin embargo, actualmente se reconoce que no hay ninguna fórmula comercial que pueda igualar a la leche materna. Además de las cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas, la leche materna también proporciona vitaminas, minerales, enzimas digestivas y hormonas, es decir, todos los nutrientes que un infante en desarrollo requerirá. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a evitar infecciones, denominados inmunoglobulinas.

Sólo en el caso de que una mujer sea incapaz de amamantar a su niño por hipogalactia (la verdadera hipogalactia únicamente ocurre en aproximadamente un 2% de las mujeres) u otra razón médica grave

(algunas enfermedades contagiosas como el SIDA o algunos tipos de hepatitis, el consumo de estupefacientes, alcohol o medicamentos verdaderamente incompatibles) se le debería recomendar el uso de un sustituto artificial, puesto que la leche de vaca u otro animal puede ocasionar graves alergias en niños menores de un año.

10.2 Sustancias contenidas en la leche

Además de nutrientes, agua, enzimas y hormonas contenidas en la leche de la madre, al hijo también se pueden transferir, mediante la lactancia, medicamentos o sustancias tóxicas, como el alcohol, o algunas enfermedades y virus patógenos.

Elaboración

Existen algunos componentes de la leche que se elaboran a partir de otras sustancias ya presentes en el organismo, como por ejemplo:

- *Lípidos.* sintetizados a partir de ácidos grasos.
- *Lactosa.* sintetizada a partir de glucosa y galactosa.
- *Proteínas.* sintetizadas a partir de aminoácidos..

Beneficios.

El consumo de leche materna produce beneficios para el recién nacido y su madre, y adicionalmente. Por sus connotaciones psicológicas, no se ha obtenido sustituto.

En el bebé

- Tiene la proporción ideal de nutrientes.
- El acto de amamantar crea y mejora la relación madre-hijo.
- Tiene también otros no-nutrientes como factores de crecimiento cerebral
- El apego a la madre.

La digestión de la leche materna es más fácil y eficiente. La grasa de la leche materna incluye una lipasa, enzima que ayuda a digerir la leche. Transmite inmunidad pasiva.

- Provee al bebé de alimento por sus primeros 6 meses de vida
- Disminuye la gravedad de las alergias
- Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis
- Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita
- Disminuye el riesgo de obesidad
- Disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto
- La leche materna protege al niño de enfermedades de la piel.

En la madre

- Evita hemorragias después del parto.
- Reduce las posibilidades de adquirir cáncer de mama y de ovario.
- Mejora la mineralización ósea
- La prolactina le ayuda a conciliar rápidamente el sueño.
- Ayuda a perder peso.
- El contacto continuo con el bebé ayuda psicológicamente a la madre en el postparto.

Aspectos prácticos

- La leche materna está relativamente siempre disponible para el bebé
- La leche materna está siempre a 37°C

- La cantidad de leche producida se adapta a las necesidades del bebé

10.3 Secreción de la leche materna.

Para que ocurra la secreción láctea el bebé debe estimular el pezón. Para producir este estímulo en las glándulas mamarias de la madre, el bebé realiza un acto instintivo de succión que produce que la hipófisis anterior libere la hormona prolactina, desencadenando la secreción de la leche. Cuanto más cantidad de leche tome el bebé, mayor será la estimulación de la hipófisis anterior y por ende se producirá más PRL y más leche producirá la madre. Asimismo, la succión del pezón también estimula la neurohipófisis, liberando la hormona oxitocina. Su liberación da lugar al reflejo de eyección de la leche. Esto es debido a que la oxitocina estimula la contracción de los conductos galactóforos.

La Lactancia no debe ser dolorosa, para ello es necesario que la Madre se coloque en una posición cómoda y a su vez que coloque al bebé en una posición cómoda también, de manera que queden frente a frente, la madre debe sentir cómo se vacían sus senos y se vuelven a llenar, es importante mantener lubricados los pezones para evitar grietas causadas por la saliva del bebé.

Lactogénesis

Es el proceso por el cual comienza la secreción láctea. Esta se establece entre las 24 horas y el 6º día del postparto y como consecuencia de la intervención de la PRL (Prolactina), indispensable para la producción de la leche. También es necesario y contribuye el bajo nivel de estrógeno. Antes del parto los niveles de PRL aumentan progresivamente, pero los estrógenos de origen placentario bloquean la actividad secretora del epitelio glandular por lo cual, pese a que las mamas generan leche materna desde la pubertad, de ella no se extrae leche hasta la maternidad, si bien el mantenimiento de la lactancia requiere principalmente un mantenimiento de la succión periódica del

pezón, por lo que es posible que una madre adoptiva, sin haber concebido nunca, amamante a su hijo adoptado. La caída del nivel de estrógenos ocurre tras el parto y tiene como consecuencia el desbloqueo del tejido mamario.

10.3 Métodos alternativos para la extracción de leche

En algunos casos, la madre produce mayor cantidad de leche de la consumida por su hijo. Esto crea incomodidad en la mama y necesidad de extraerla. Esta situación se llama ingurgitación. La leche se puede extraer, bien de forma manual, con movimientos ayudándose con un aparato, llamado saca leche que imita la succión producida por el bebé. Esta leche extraída puede ser consumida más tarde.

Dada la importancia de la leche materna, es útil saber que se puede congelar o mantener en el refrigerador para posteriormente ofrecerlo al bebé mediante biberón, cucharilla, jeringa (sin aguja) o bien en un vasito cuando la madre está ausente. Para bebés pequeños, las mejores opciones son las que evitan el uso del biberón. De este modo se evita la confusión tetina-pezón, que puede provocar que el niño acabe rechazando el pecho de la madre, o modifique la posición de la boca al mamar, lo cual podría producir grietas y otras complicaciones. Sacar la leche sobrante es el método usado para donar leche materna de madres con sobreproducción.

Comparación con otra leches.

Todas las especies de mamíferos producen leche. Pero su composición varía según los requerimientos de cada especie. La leche entera de la vaca no contiene (de forma natural) suficiente vitamina E, hierro ni ácidos grasos esenciales. Por otro lado, contiene excesivas cantidades de proteínas, sodio y potasio, que pueden dañar los riñones inmaduros del infante. Además, las proteínas y la grasa en la leche de la vaca entera resultan más difíciles de absorber para un bebé que las de la leche materna. La leche condensada puede ser más fácil de digerir

debido al tratamiento de la proteína, pero sigue sin ser nutricionalmente adecuada. Además se debe considerar que hay niños intolerantes a la lactosa o alérgicos a uno o varios constituyentes de la leche de vaca.

11. INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN

Los nuevos alimentos pueden iniciarse a partir del sexto mes, en razón de que el niño requiere el aporte de mas nutrientes de los que proporciona la leche materna para su apropiado crecimiento. Además, por que tanto el desarrollo psicomotor, como el de su estomago e intestino para ese momento le permiten aceptar y asimilar otros alimentos.

En esta transición de la lactancia exclusiva a la introducción de nuevos alimentos hay que tener en cuenta las relaciones que se dan para esta nueva alimentación:

- La continuidad de la lactancia con la introducción del alimento
- La consistencia del alimento con la cantidad
- La cantidad en cada comida con la frecuencia
- La variedad de los alimentos con la disponibilidad en la casa
- El estado de salud del niño y su apetito
- La paciencia y la persistencia de la madre.

De acuerdo a este esquema de alimentación el primer año de vida del niño se divide en los siguientes periodos.

11.1 ALIMENTACIÓN DE 6 A 8 MESES:

Cuando iniciamos la alimentación en los niños, es importante tener los cuidados higiénicos necesarios, observar las reacciones a los nuevos alimentos. En este momento se debe dar al niño alimentos diferentes en pequeñas cantidades, dos a tres veces al día e incrementarlos poco a poco de acuerdo a su tolerancia.

La introducción de otros alimentos es un proceso que puede tardar algunos días. Esto requiere de un seguimiento para ver si produce alguna reacción de rechazo o alergias.

Para que el niño no escupa, se le ubica la comida en la parte media de la lengua, porque cuando se le pone en la punta, se confunde, no traga o escupe.

El primer alimento recomendable es un cereal, como el arroz, que se cocina en agua, hasta que tenga consistencia de papilla.

Luego de aceptado este alimento, se continuara con otros cereales como maíz, avena, quinua, cebada, morocho en igual preparación y consistencia. Al mismo tiempo se recomendara frutas de temporada, especialmente guineo y manzana; así mismo purés de papa, camote, yuca, zanahorias y verduras. El zambo, zapallo, vainita, camote, melloco, zanahoria amarilla, espinaca se los debe servir aplastados o en pedacitos, no licuados para que aprenda a reconocer las texturas y sabores de los alimentos y luego se acostumbre a la dieta familiar.

- Se recomienda evitar la col, coliflor, nabo o muy aromáticas como el ajo y espárragos. Inicialmente se puede disponer estos alimentos aparte para el bebe, pero se recomienda que lo más pronto posible, sean preparados con los alimentos de la familia, teniendo cuidado de separarlos antes de agregar la sal, el azúcar u otros condimentos.

- Añadir sal a la comida de los niños, puede provocar que este pierda más agua por la orina y se produzcan

deposiciones duras y con dificultad. Agregar azúcar en los alimentos de los bebés puede producir un daño prematuro de sus dientes, por que el azúcar es un buen medio para que crezcan las bacterias y se produzcan caries dental.

- Cuando el niño ya ha aprendido a reconocer algunos alimentos y sus sabores, se añadirán otras frutas como papaya, melón, uvas, peras, guayabas, sandía, babaco, otros vegetales como hojas verdes, berenjenas, leguminosas como frejol, lenteja, garbanzo, soya aplastadas y sin cascara y yema de huevo duro.

- Para suavizar y hacer más agradable los alimentos, conviene mezclarlos con un poco de leche materna. Es adecuado que el niño coma 3 comidas al día cuando recibe lactancia materna y 5 comidas cuando no reciba lactancia materna.

- Cuando no ganan peso, se recomienda añadir hasta 2 cucharaditas de aceite vegetal al día, mezclado con los alimentos espesos.

- Se evitara las conservas como cachitos, papas fritas, colorantes, café, té chocolate, condimentos, embutidos.

11.2 Alimentación de los 9 a 11 meses

Debe integrarse a la dieta familiar. Se recomienda "lo espeso de la sopa familiar"

Y los alimentos en pedacitos, nunca licuados.

Continuar con el seno materno las veces que pida el niño.

- Darle de comer en su propio, alimentos cocinados y aplastado como arroz. Avena, espinaca, plátano, zanahoria, papa, zapallo, frejol lenteja, yuca, yema de huevo duro quinua.

Además pedacitos de carne cocinados, hígado, corazón, carne de res, queso, nata

- Pescado nunca antes de los 9 meses, porque tienen mayor capacidad de provocar alergias incluso hasta pasar el año de vida.

- A partir de los 9 meses el niño debe o la niña debe tomar 5 comidas al día, además de la leche materna para compensar sus necesidades.

- En caso de falta ganancia de peso, se recomienda se recomienda añadir 2 cucharaditas de aceite vegetal mesclado con las comidas.

- Durante el primer año de vida es recomendable que los niños reciban un suplemento de hierro, y que además, se aproveche las fuentes de hierro de la alimentación como son las carnes rojas, las viseras y las hojas de color verde, para que el organismo del niño aproveche mejor el hierro de las hojas verdes, conviene dar unas cucharaditas de jugos de frutas ácidas luego de que las coma.

- La razón para introducir diferentes tipos y cantidad de alimentos durante el primer año de vida, se debe que el niño aún no está en capacidades de comer todos los alimentos, para hacerlo necesitara completar el desarrollo de muchos de sus órganos y, además incrementar las cantidades de los mismo, conforme va creciendo.

11.3 Alimentación de los 12 meses en adelante

- Continuar con la lactancia materna hasta los 2 años
- Seguir alimentándole en su propio plato y compartir la comida familiar

- Se recomienda 5 comidas diarias:

- Almuerzo merienda más dos comidas que pueden ser colaciones nutritivas como frutas, pan, plátano, leche, queso yogur.
- Cuando esté totalmente integrado a la dieta familiar, se puede dar huevo entero cocinado, leche de vaca.
- Darle porciones de su propio plato de acuerdo al apetito y considerando la capacidad del estómago, para esta edad.

11.4 Comportamiento alrededor de la alimentación

- En la alimentación complementaria se ha considerado varios aspectos relacionados con la característica de la alimentación, como: la frecuencia, consistencia y los tipos de alimentos a utilizar, los comportamientos apropiados, para que el niño pueda aprovechar todas sus comidas.
 - Los comportamientos pueden reunirse en cuatro.
 - Adaptar las preparaciones y tipo de alimentos a nivel de desarrollo del niño durante los primeros dos años.
 - Comportamiento de la persona encargada de la alimentación. La relación afectiva debe ser entre él/ ella y el niño, y el tiempo dedicado a la alimentación y la forma de actuar positiva o negativa hacia el niño.
 - Situaciones alrededor de la comida: la organización de los tiempos de la comida, frecuencia y regularidad de las comidas, supervisión mientras come, y quien lo hace.

Alimentación optima

Es aquella que llena los requisitos en energía y otros nutrientes (proteína, grasas, y minerales) para que este sano y gane peso de acuerdo a la curva de crecimiento.

12. PRÁCTICAS Y CONSEJOS BÁSICOS PARA LAS MADRES

- Lactancia materna: el mejor alimento para el niño desde que nace hasta los 6 meses es la leche materna.
- Introducción de alimentos a tiempo: a partir del sexto mes se inicia con otros alimentos. El niño está listo para digerirlo y los necesita para llenar sus necesidades. Comienza con puré suaves de papa, arroz plátano, guineo y zanahoria.
- Puré espeso: una vez que el niño se acostumbra a comer, durante el séptimo y octavo mes hay que darle comida espesa. Debe ser en forma de puré, no sopa.
- Frecuencia 4-5 veces al día: a partir del noveno mes los niños tienen que comer más veces que los adultos, porque sus necesidades son altas porque está creciendo.
- Cantidad es cierto que los niños no pueden comer la misma cantidad que un adulto en una comida, pero no es porque necesite poquito. Así como va creciendo el niño, su estómago sigue aumentando y la cantidad de comida debe ir incrementándose.
- Variedad. Entre 9 meses y un año y medio, el niño debe incorporarse y la comida de la familia y nutrirse de la mayor variedad posible.
- Más energía: la grasa es la mejor fuente de energía en la dieta. Como los niños no tienen mucha capacidad de consumir cantidades elevadas de comidas, lo que consuman debe ser rico en energía. diariamente el niño debe consumir una comida con grasa, ésta puede ser vegetal como el aguacate, maní, coco, o grasa de origen animal como: mantequilla o nata, o un alimento frito. Evitar la manteca.

CAPITULO III

13. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Valoración de Enfermería

Entrevista

Antecedentes generales

- Identificación general
- Peso de nacimiento y del último control
- Incremento de peso
- Inicio del cuadro
- Vacunas
- Tipo de alimentación
- Ha presentado cuadros anteriores

Antecedentes específicos

- Horas o días de evolución
- Evolución de los signos y síntomas
- Anorexia o rechazo a la alimentación
- Grado de compromiso del estado general
- Tratamiento recibido por parte de la mamá
- Examen físico general
- Antropometría
- CSV
- Estado general
- Piel y mucosas: Hidratación, coloración, cianosis periférica

por shock hipovolémico

- Signos de deshidratación / shock .Taquicardia, pulso filiforme, débil, superficial.

13.1 Cuidados de enfermería en niños con Marasmo y Kwashiorkor

- Colaborar en el tratamiento médico.
- Ayudar a prevenir la fatiga considerando los siguientes aspectos.
- Facilitar los períodos de descanso.
- Vigilar disnea de esfuerzo y pulso que tarde más de 5 minutos en estabilizarse es indicador que la actividad debe modificarse.
- Disminuir riesgo de infecciones a través de.
- Mantener las medidas de asepsia y antisepsia.
- Evitar el contacto de personas con infecciones del tracto respiratorio
- Cuidar la piel.
- Valorar mucosas
- Ofrecer dieta rica en calorías y proteínas.
- Favorecer la alimentación por sonda si la tuviera.
- Evitar complicaciones tales como: regurgitaciones, obstrucción, desplazamiento,
- Contaminación bacteriana, diarreas, deshidratación e hiperglicemia.
- Orientar acerca de los aspectos relacionados con la alimentación en el hogar.
- Favorecer la alimentación parenteral y observar complicaciones. Distribución del agua en el organismo

13.2 Prevención de desnutrición según la OMS.

- Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo.
- Fomento de la lactancia temprana (en la primera hora).
- Fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia.
- Peso de los recién nacidos.
- Control de peso y talla, y detección de casos de desnutrición aguda.
- Promoción del consumo de sal yodada.

14. RECOMENDACIONES PARA LAS MADRES DE LOS LACTANTE CON DISTRÓFIA NUTRICIONAL

- Acuda a la unidad de salud más cercana para que controle su embarazo en caso de estarlo.
- Dale solo leche materna hasta los 6 meses de edad. No utilice biberón.
- A partir del sexto mes introduzca la alimentación complementaria, además de la leche materna
- Dele de comer 5 veces al día de los alimentos que tenga en casa de acuerdo a su edad.
- Prepare los alimentos utilizando una buena higiene
- Acuda al centro de salud para que el profesional de salud lleve un control acerca del crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo a su edad.
- Cumpla con el esquema de vacunación.
- Incluir en la alimentación diaria del lactante los diferente tipo alimenticio como son:

Carbohidratos, proteínas, frutas, legumbres, grasas.

CAPÍTULO IV

15. PROPUESTA

Programa educativo sobre la desnutrición en lactantes, dirigida a las madres de familia de los niños hospitalizados en el área de pediatría del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

La desnutrición en los niños afecta en forma significativa su supervivencia. Estos niños son más susceptibles a las infecciones que los niños normales, especialmente a enfermedades comunes como las diarreas, las enfermedades respiratorias agudas, la parasitosis o la tuberculosis.

La desnutrición está presente en épocas de máxima aceleración del crecimiento en los niños, especialmente entre los primeros 6 y 18 meses de vida, corriendo el riesgo de afectar en forma severa el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el desarrollo psicomotor y psicosocial.

15.1 OBJETIVOS

Objetivo General

- Capacitar a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, sobre la desnutrición y como afecta en el estado de salud del lactante.

Objetivos específicos

- Proporcionar información acerca de las causas de la desnutrición en los lactantes y sus consecuencias.

- Promover una alimentación adecuada de acuerdo a la edad del lactante.

15.2 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Como se trata de un programa a desarrollar en el contexto, su estructura está sujeta a los recursos humanos, materiales y de espacio físico que se requieren para realizarla.

CONTENIDO

La distrofia nutricional es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

ALIMENTACION

Una alimentación complementaria adecuada –equilibrada estimula el crecimiento e impide la desnutrición en los niños y niñas de 0 a 24 meses. El inicio de la alimentación comprende la inclusión de otros alimentos o líquidos que son suministrados al mismo tiempo con la leche materna. Se le debe dar de comer frecuentemente y con paciencia. Es necesario vigilar que los alimentos complementarios no reemplacen la leche materna.

COMPLICACIÓN

Si la desnutrición no se trata a tiempo puede ocasionar:

- Coma
- Discapacidad física y mental permanente

- Shock

GUIA ANTICIPATORIA

- Acuda a la unidad de salud más cercana para que controle su embarazo en caso de estarlo.
- Dale solo leche materna hasta los 6 meses de edad. No utilice biberón.
- A partir del sexto mes introduzca la alimentación complementaria, además de la leche materna
- Dele de comer 5 veces al día de los alimentos que tenga en casa de acuerdo a su edad.
- Prepare los alimentos utilizando una buena higiene.
- Acuda al centro de salud para que el profesional de salud lleve un control acerca del crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo a su edad.
- Cumpla con el esquema de vacunación.
- Incluir en la alimentación diaria del lactante los diferente tipo alimenticio como son :
Carbohidratos, proteínas, frutas, legumbres, grasas.

15.3 ESTRATEGIA METODOLOGICA

Se utilizó técnicas de presentación, charlas, talleres demostrativos, y cuestionarios

RECURSOS HUMANOS

- Interna de Enfermería Albina Castro Muñoz
- Madres y cuidadoras de los lactantes

PARTICIPANTES

15 Madres y familiares de lactantes hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

EVALUACION

Se evaluó a las madres de familia a través de lluvia de ideas acerca del tema, se realizó preguntas iniciales e intermedias, devolución de procedimiento a través de la demostración, interrogantes y explicación del tema por parte de las asistentes.

FECHA

Lunes 23 de Abril del 2012

LUGAR

Área de Pediatría sala de lactantes del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

TIEMPO

30 minutos

16. Programa educativo sobre lactancia materna, dirigida a las madres de familia de los niños hospitalizados en el área de pediatría del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”

Durante los primeros meses de vida es importante la lactancia materna ya que constituye una forma de proteger la salud del niño, a partir del sexto mes es importante agregar la alimentación complementaria que se necesita para mantener un crecimiento normal en el lactante.

16.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Educar a las usuarias acerca de los beneficios de la lactancia materna y la alimentación complementaria en el lactante.

Objetivos específicos:

- Enseñar cuáles son los beneficios de la lactancia materna para ellas y sus hijos.
- Dar a conocer las técnicas para el amamantamiento.
- Indicar la importancia de la lactancia materna y la introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

16.2 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Como se trata de un programa a desarrollar en el contexto, su estructura está sujeta a los recursos humanos, materiales y de espacio físico que se requieren para realizarla.

CONTENIDO

La leche materna es el alimento natural cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido. La

leche materna se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo.

16.3 BENEFICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

El consumo de leche materna produce beneficios para el recién nacido y su madre, y adicionalmente. Por sus connotaciones psicológicas, no se ha obtenido sustituto.

En el bebé

- Tiene la proporción ideal de nutrientes.
- El acto de amamantar crea y mejora la relación madre-hijo.
- Tiene también otros no-nutrientes como factores de crecimiento cerebral
- El apego a la madre.

La digestión de la leche materna es más fácil y eficiente. La grasa de la leche materna incluye una lipasa, enzima que ayuda a digerir la leche.

- Transmite inmunidad pasiva
- Provee al bebé de alimento por sus primeros 6 meses de vida
- Disminuye la gravedad de las alergias
- Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis
- Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita
- Disminuye el riesgo de obesidad
- Disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto
- La leche materna protege al niño de enfermedades de la piel.

En la madre

- Evita hemorragias después del parto.
- Reduce las posibilidades de adquirir cáncer de mama y de ovario.
- Mejora la mineralización ósea
- La prolactina le ayuda a conciliar rápidamente el sueño.
- Ayuda a perder peso.
- El contacto continuo con el bebé ayuda psicológicamente a la madre en el postparto.

TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO

- Que la mamá esté cómoda.
- Con la espalda apoyada.
- Que el bebé sea llevado al pecho de la madre, y no el pecho del bebe
- Que la cabeza y el cuerpo del bebe estén alineados con el abdomen de la madre.

RECURSOS HUMANOS:

Interna de Enfermería Albina Castro Muñoz

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se utilizó técnicas de presentación, charlas, talleres demostrativos, y cuestionarios.

RECURSO DIDÁCTICO:

- Gigantografía
- Tríptico

EVALUACIÓN

Se evaluó a las madres de familia a través de lluvia de ideas acerca del tema, se realizó preguntas iniciales e intermedias, devolución de procedimiento a través de la demostración, interrogantes y explicación del tema por parte de las asistentes.

FECHA

27 de Abril 2012.

LUGAR:

Área de Pediatría del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

TIEMPO

10:00 – 10:30 am

17. CUIDADOS ENFERMERO EDUCATIVOS PARA LAS MADRES DE FAMILIA CON NIÑOS CON DISTROFIA NUTRICIONAL

- ❖ Utilizar técnicas apropiadas en la preparación de los alimentos
- ❖ Utilizar agua segura
- ❖ Incentivar a las embarazadas que asistan a los controles médicos
- ❖ Proveer información del tipo de alimentación que debe consumir la gestante
- ❖ Informar a la madre que debe darle lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes
- ❖ Utilizar practica higiénica durante la prelación de los alimentos
- ❖ Realizar estrategia con los departamentos de nutrición y dietética y departamento medico
- ❖ Instruir a la familia respecto a la administración del hierro oral
- ❖ Informar a los padres
- ❖ Brindar educación a las mujeres gestantes sobre las medidas a tomar para proteger su embarazo
- ❖ Dar a conocer la elaboración de un presupuesto de consumo alimentario de acorde a su economía
- ❖ Indicar a los padres que cuando el niño este con diarrea no suspenda la alimentación
- ❖ Orientar sobre el consumo de alimento saludable para el lactante
- ❖ Informar a los padres que asistan al control dedico de los lactantes cuando el médico lo indique.

18. PREGUNTA DE LA INVESTIGACION

¿Cuáles serán las causas en pacientes lactantes hospitalizados con distrofia nutricional en el área de pediatría del hospital Abel Gilbert Pontón?

18.1 METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se empleara es prospectivo descriptivo con el fin de analizar las causas lactantes hospitalizados con Distrofia nutricional en el área de pediatría sala de lactantes del hospital Abel Gilbert Pontón durante el mes de enero y febrero del 2012.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos serán: entrevista y la observación. La recolección de datos será realizada en dos meses, tiempo en el que se pretende obtener la mayor información posible para concluir este estudio. Los resultados encontrados y la información se procesarán en Excel. Este análisis implicara la revisión constante del problema, objetivo, texto e información existente. Una vez procesada la información se presentara en tablas y gráficos representativos de los resultados obtenidos con los instrumentos de investigación

Universo

El universo está conformado por el 100% de los lactantes con diagnostico de distrofia nutricional en el área de pediatría sala de lactantes del hospital Dr. Abel Gilbert pontón.

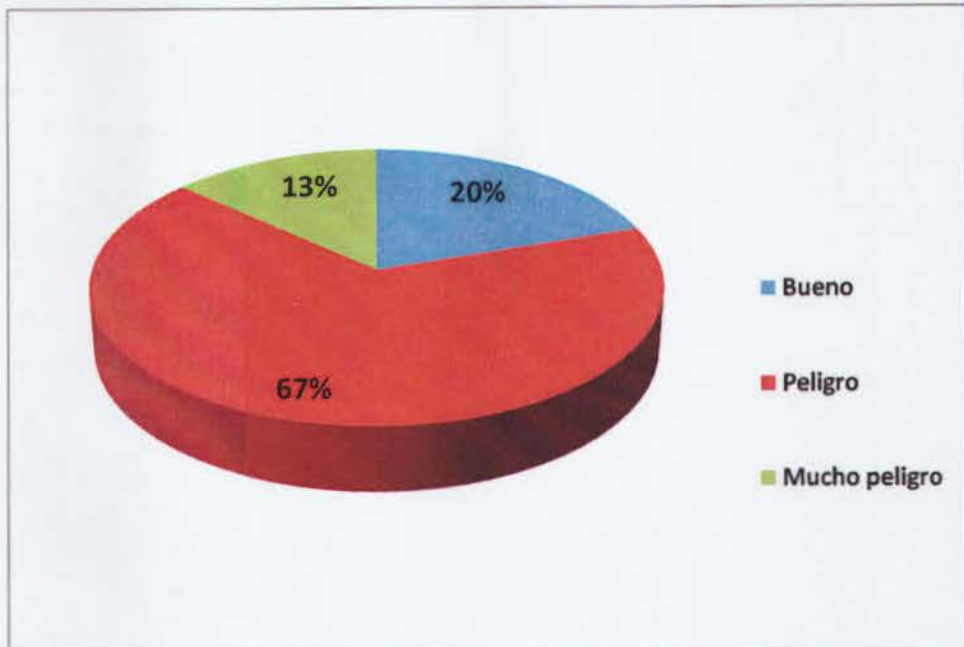
Muestra

La muestra con que se trabajara será el 10% que corresponde a un total de 15 lactantes.

ANÁLISIS DE DATOS

GRÁFICO N ° 1

Tendencia de crecimiento



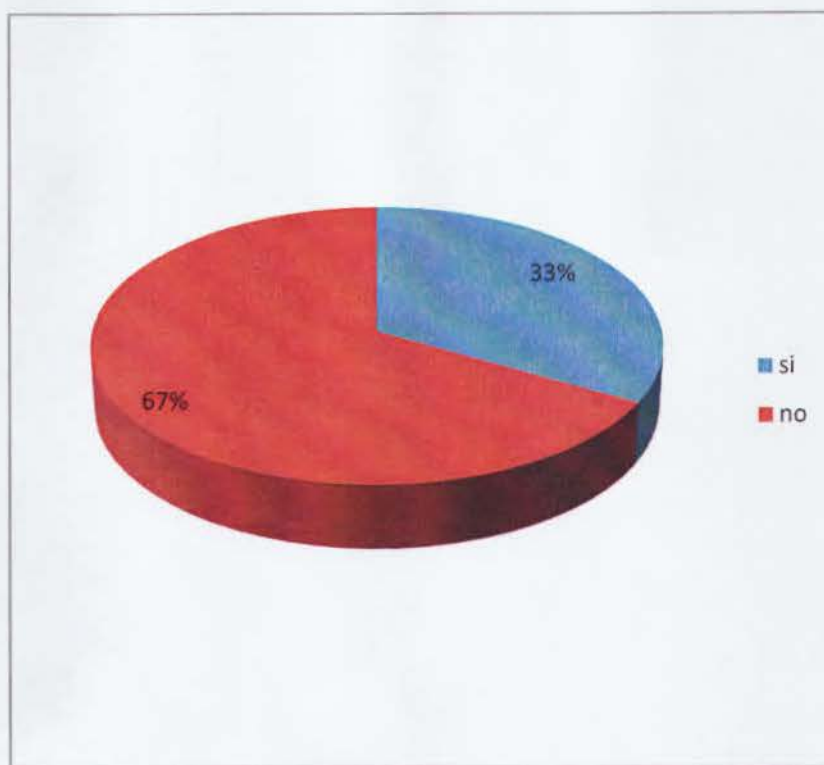
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: Podemos observar que el 67% de los lactantes de acuerdo a su peso y talla con relación a la edad, están en peligro mientras tanto el 20% es Bueno y el 13% está el rango de mucho peligro. Lo que nos indica que estos niños están en riesgo de llegar a una desnutrición severa sino se dan los cuidados necesarios.

GRAFICO N ° 2

Controles prenatales durante el embarazo



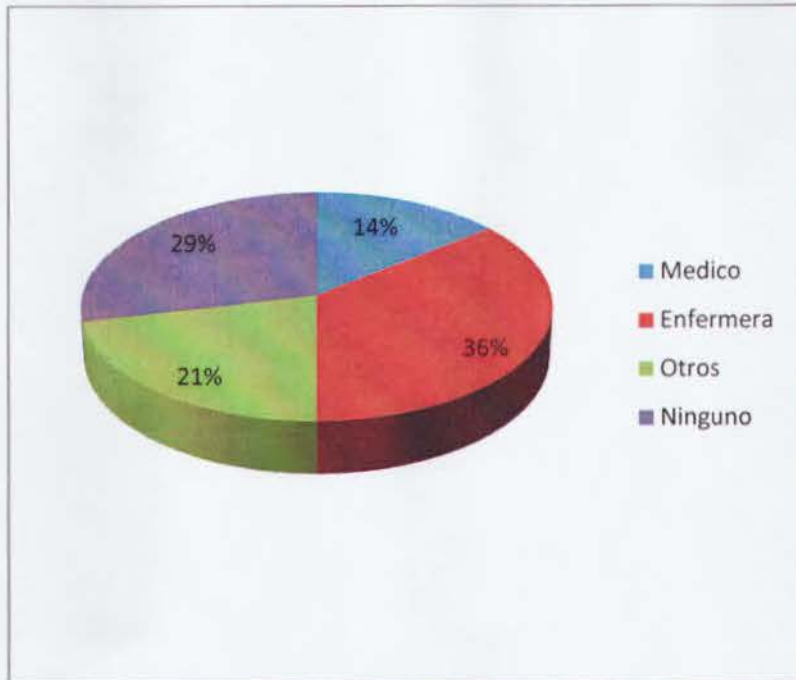
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: Podemos apreciar que el 67 % de las madres de los lactantes no se realizaron el control prenatal en relación al 33% que si se lo realizaron.

GRAFICO N ° 3

Información proporcionada por el personal de salud sobre la lactancia materna



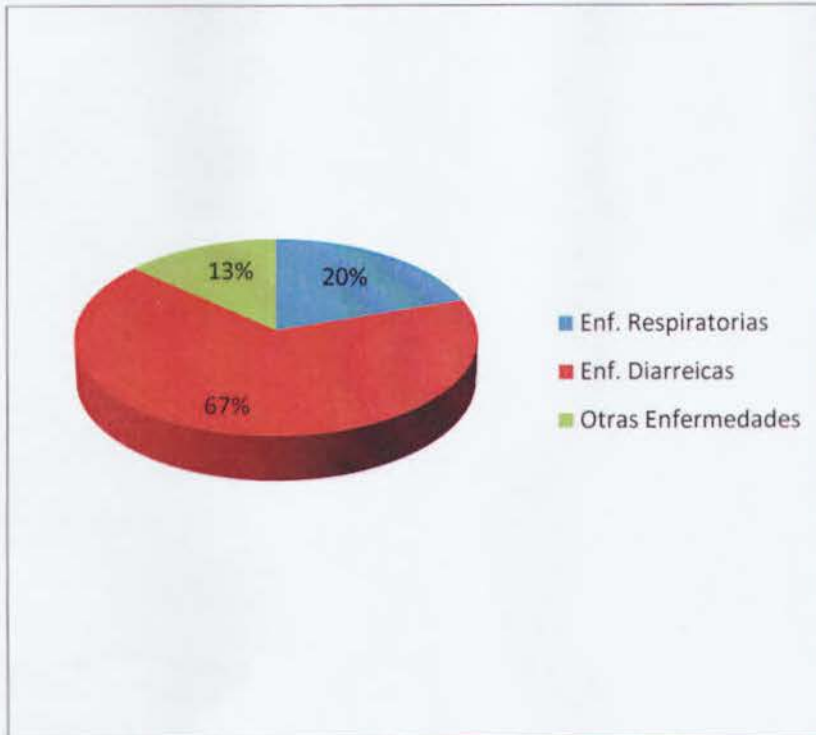
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: Se puede observar que el 36% es el personal de enfermería que proporciona mayor información en relación al personal médico que proporciona información en un 14%.

GRAFICO N ° 4

Motivo de ingreso.



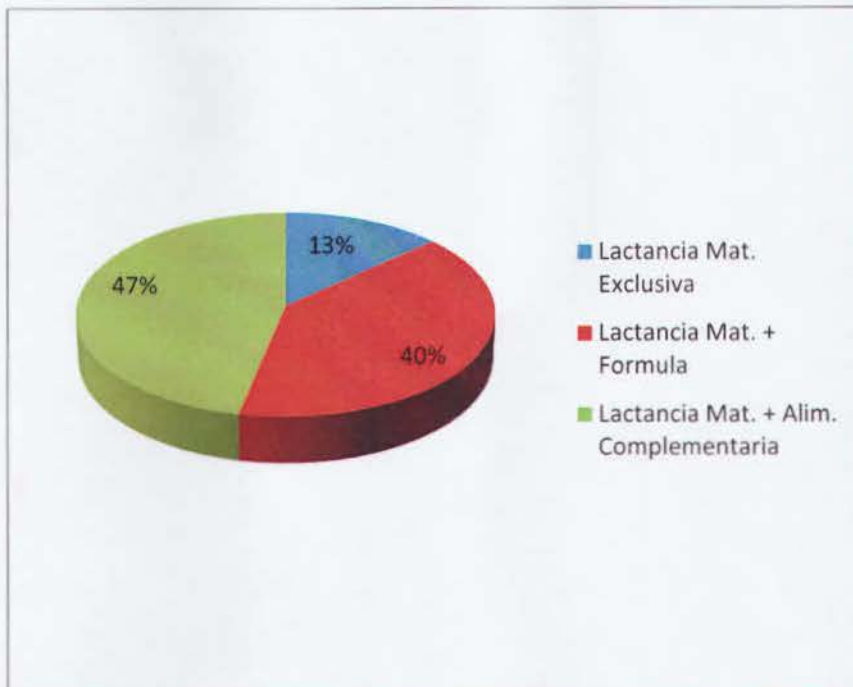
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: 67% de los lactantes hospitalizados son por problema de enfermedades diarreicas en relación con el 13% que corresponde a enfermedades respiratorias.

GRAFICO N ° 5

Tipo de alimentación que le proporciona a su hijo actualmente



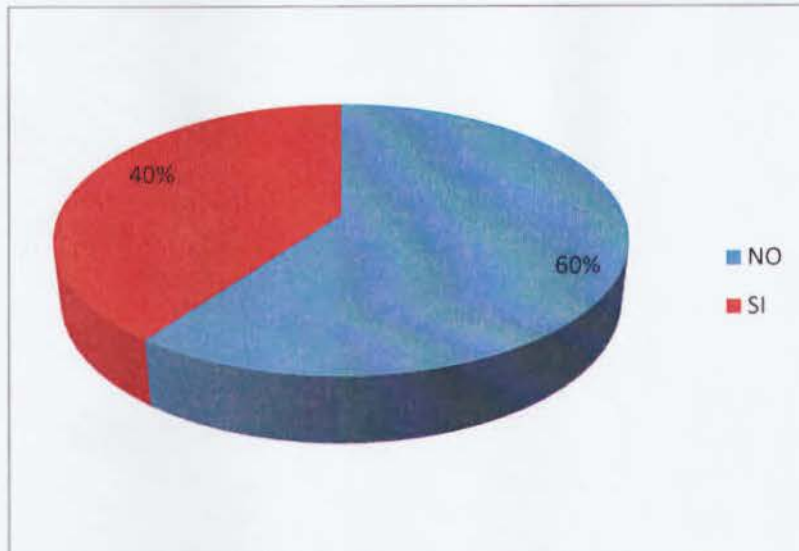
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: En este gráfico se determina que el 47% proporciona lactancia materna más alimentación complementaria en relación a lactancia exclusiva que corresponde al 13%.

GRAFICO N ° 6

Sabe usted que tipo de alimentación debe recibir su hijo de acuerdo a la edad.



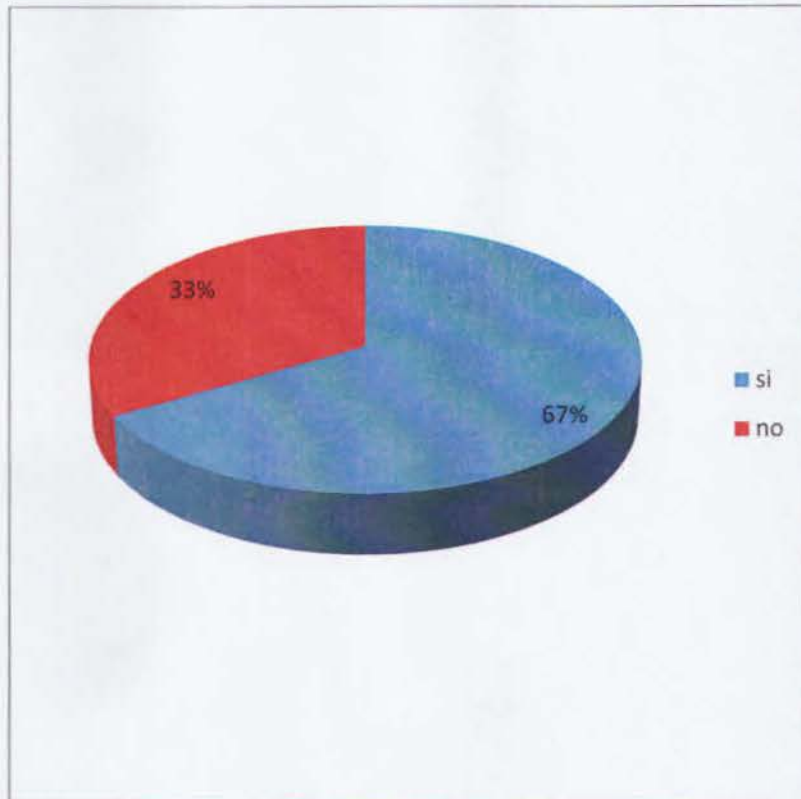
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: El 60% de las madres no tiene conocimiento sobre el tipo de alimentación que debe darle a su hijo, en relación con el 40% que desconoce sobre la alimentación que debe recibir el lactante de acuerdo a su edad.

GRAFICO N ° 7

Conoce los beneficios de la lactancia materna.



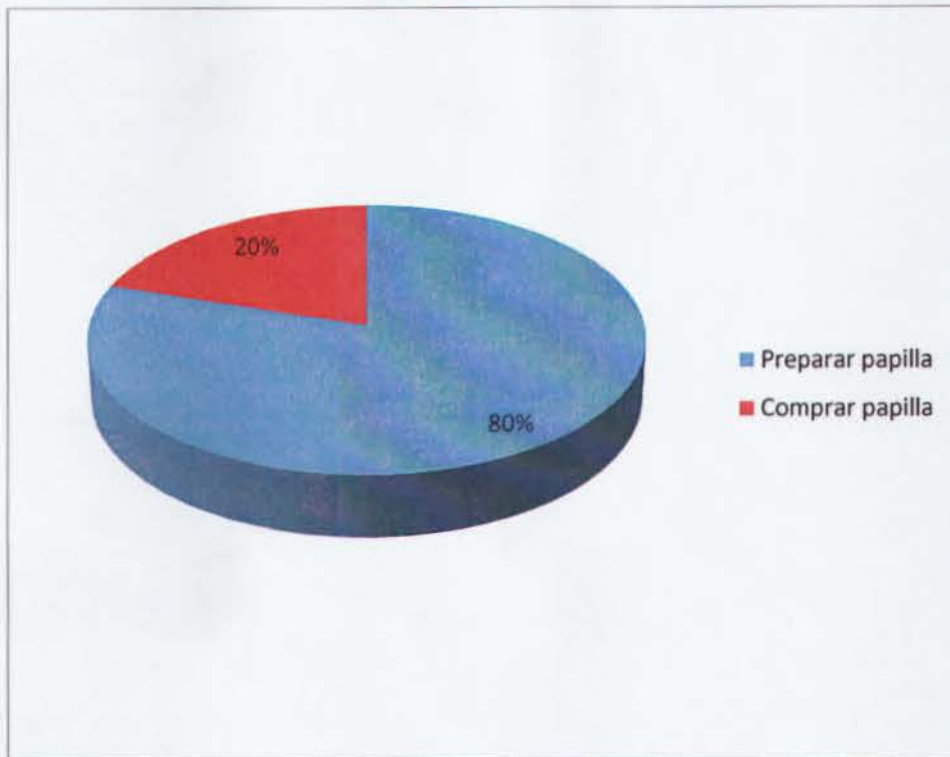
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: De este gráfico podemos observar que el 67% conoce los beneficios de la lactancia materna en relación 33% que lo desconoce.

GRAFICO N ° 8

Usted prefiere comprar la papilla o prepararla



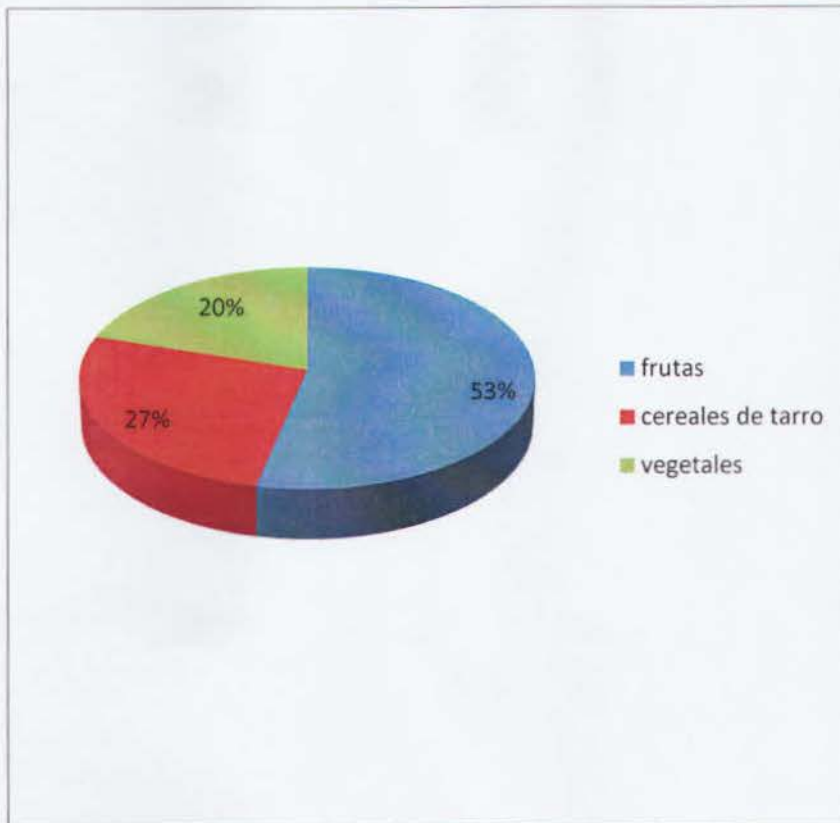
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: En este gráfico podemos observar que la gran mayoría le da importancia de preparar las papillas en casa con frutas y vegetales que resulta económicamente mejor, en relación al 20% que prefiere comprar.

GRAFICO N ° 9

Generalmente como prepara la papilla.



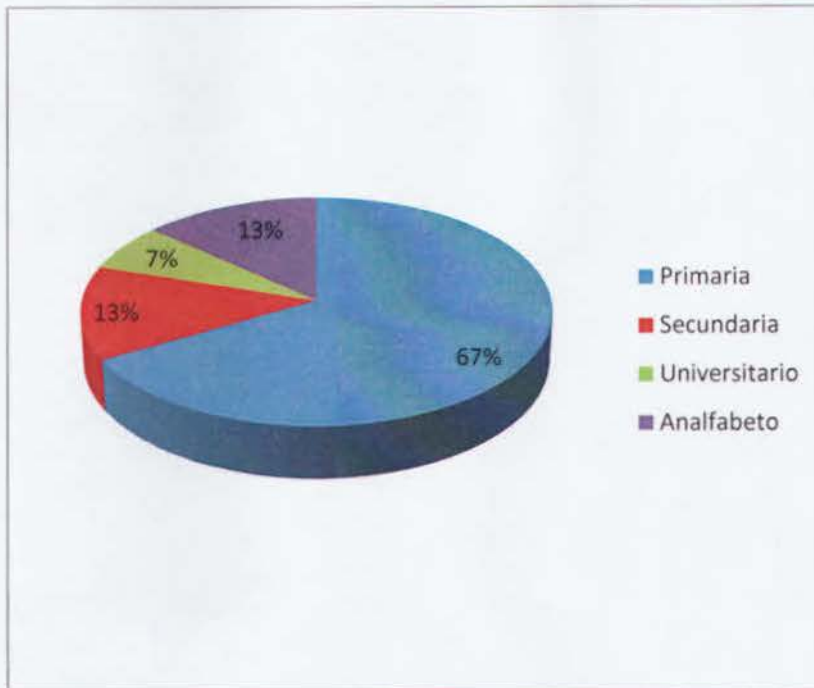
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: La gran mayoría de madres indicó que preparan la papilla con frutas, lo que nos hace pensar que quizás la manera de preparar las mismas, están siendo de forma incorrecta.

GRAFICO N ° 10

Nivel educativo.



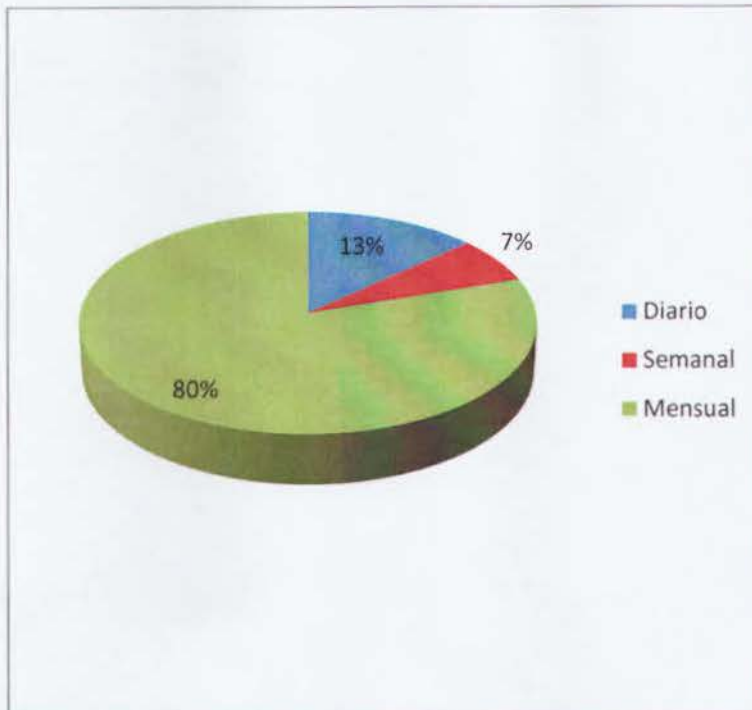
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: El 67% de las madres de los lactantes solo han terminado la primaria. Por lo tanto es fácil deducir que la ignorancia acerca de ciertos temas de salud esto hace que las madres no asuman los cuidados correctos con sus hijos. Y que si supieran evitarían que sus bebés enfermaran constantemente.

GRAFICO N ° 11

Ingresos económicos



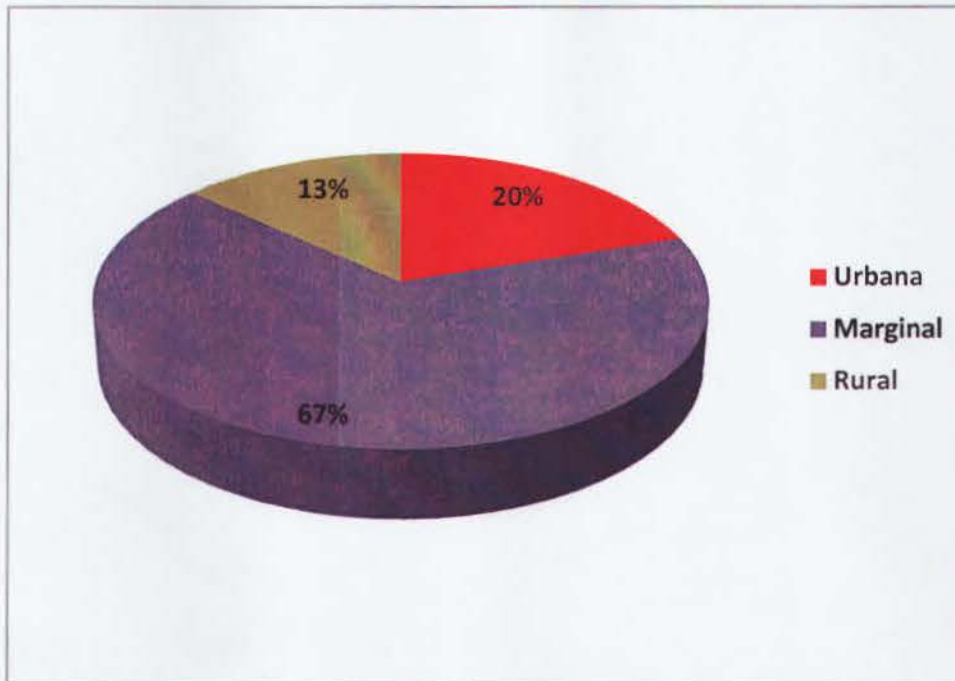
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: El 80 % de madres encuestadas indicaron que mensualmente reciben un sueldo a diferencia del 13% que lo hacen semanalmente, por lo que se les hace difícil mantener sus hogares ya que son familias numerosas y el sueldo no llega ni al básico. Por lo tanto no alimentan correctamente a sus niños por falta de recursos económicos.

GRAFICO N ° 12

Lugar de procedencia



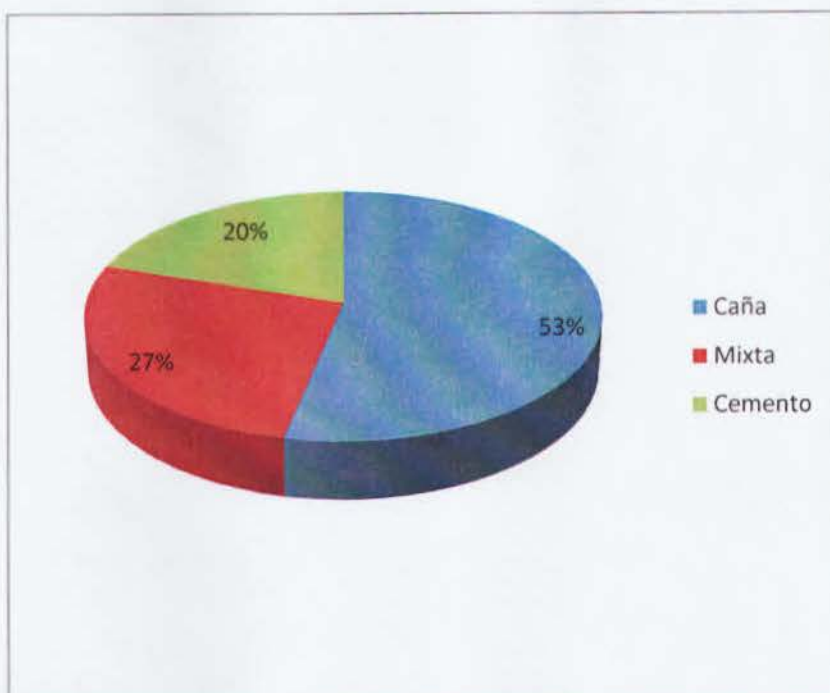
Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: El 67% de los lactantes proceden de lugares marginales de la ciudad, lo cual aumenta el riesgo de padecer Desnutrición por la ausencia de todos los servicios básicos.

GRAFICO N ° 13

Tipo de vivienda



Fuente: Entrevista a las madres de los lactantes hospitalizados con Distrofia Nutricional, del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Elaborado por: Albina Castro Muñoz.

Análisis: Podemos apreciar que el 53 % de los lactantes habitan en viviendas de caña lo que demuestra que sus condiciones económicas son muy limitadas.

19. CONCLUSIONES.

La falta del control prenatal, el desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna, el nivel socioeconómico y la alimentación inadecuada de las madres de los lactantes que fueron objeto de estudio en la presente investigación, son determinantes y las causantes de que sus niños padezcan Desnutrición en sus diversas etapas. En nuestro medio las madres tienen prácticas negativas en cuanto a la alimentación complementaria de los niños y no saben cómo combinar los nutrientes.

Se evidencio que la gran mayoría de los niños hospitalizados estuvieron con diagnóstico de enfermedades diarreicas siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y desnutrición si tomamos en cuenta que cada episodio de diarrea dura entre 5 a 7 días sumado a ello la creencia de las madres de mantener en ayunas al niño cuando están con diarrea entre 9 a 12 días sin comer, perjudicando enormemente su crecimiento y desarrollo.

El no tener conocimiento sobre una alimentación adecuada en los niños que padecen desnutrición conllevan a que sean susceptibles de enfermarse constante mente y de permanencia hospitalaria de mayor tiempo.

Para gozar y sostener un estado de salud satisfactorio se requiere tener al alcance sobre todo en las comunidades marginales y rurales, servicios preventivos y de tratamiento de calidad y a costo razonable, con personal capacitado, equipo adecuado y suministro de medicamentos suficiente.

Dentro de este campo, en nuestro país se está desarrollando el programa **Hacia la desnutrición cero** que apoyan la nutrición de los grupos vulnerables como son las embarazadas, dándoles un bono el cual lo Recibe siempre y cuando esta se haga los controles prenatales. De igual manera a los niños menores de un año, estimulando a que las madres les realicen el control médico mes a mes, aparte se pueden mencionar a las campañas de vacunación, el control y tratamiento de las

diarreas, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo, la promoción de la lactancia materna, la planificación familiar, y la suplementación con hierro y vitamina A.

La Desnutrición es el resultado de muchos factores que se influyen entre sí, que por desgracia afectan a quienes menos tienen. Por ello, su tratamiento y prevención es compromiso de los padres, de la comunidad, de los diferentes sectores políticos, económicos y sociales y del personal de salud. En síntesis, es responsabilidad de toda la sociedad, porque, al final, ella misma será la que sufra los efectos de la desnutrición a corto, mediano y largo plazos. Lo que nos incluyen a toda la ciudadanía dentro del plan nacional del buen vivir.

20. RECOMENDACIONES

En esta investigación realizada es de vital importancia socializar con las madres y el equipo multidisciplinario sobre la prevención de la Desnutrición de los lactantes a esta unidad hospitalaria para la cual se sugiere lo siguiente:

- Dar charlas educativas constantemente a las madres y familiares de los niños que se encuentran en el hospital ya que el síndrome diarreico agudo se puede prevenir con consejos sencillos a tiempo y oportunos.
- Proveer de folletos y materiales de información que permitan a los familiares de los niños guiarse acerca de la Desnutrición y lo que deben hacer para su prevención y cuidados respectivos.
- La protección de la salud de los niños se refiere no sólo a los aspectos de la vacunación, sino a la atención que se debe dar al niño cuando se enferma, como es el caso de la desnutrición. Sin embargo, las políticas deben estar encaminadas a prevenir, ya que esta acción siempre tendrá un costo menor que dar tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

(2011). Obtenido de <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria%20en%20una%20Lactante%20con%20Alteraciones%20Nutricionales.pdf>.

Ballabriga, A. (2001). *Malnutrición energético - proteica. Tratado de Pediatría* (Octava edición ed.). Madrid.

Berhman, R., Kliegman, M., & Harbin, A. (2004). *Nelson Tratado de Pediatría* (Diecisieteava edición ed.). España: Elsevier.

Bromn, E. J. (2006). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (Segunda edición ed.). México: McGraw Hill.

Bueno Rodríguez, M. (2002). *Tratado de Endocrinología Pediátrica* (Tercera edición ed.). Madrid.

Cruz, M. (2007). *Tratado de Pediatría* (Vol. II). España: Océano.

de La Luz, M., Concha, X., Elordi, M., Lamilla, C., Ramos, C., & Perez, P. (1991). *Desnutrición infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente. Estudio piloto*. Recuperado el 20 de junio de 2012, de Revista Saúde Publ. S. Paulo: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n4/07.pdf>

Desnutrición intrauterina retraso del crecimiento intrauterino. (s.f.). Obtenido de <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9429>

Dr. Loredo, A., & Dr. Carbajal, L. (1997). *Medicina Interna Pediátrica* (Tercera edición ed.). México: McGraw Hill Interamericana.

Dr. Ramos, R. (s.f.). *Desnutrición* (Tercera Edición ed.). McGraw Hill.

Dra. Gordillo, M. (2009). *La desnutrición en el Ecuador. tratado Pediátrico para evaluar a los niños desnutridos*. Guayaquil.

García, E. M., Padrón, J., & Ortiz, H. (2005). *Efecto de la desnutrición en el desempeño académico*. México.

- Gisper, C. (2009). *Manual de Enfermería*. Océano.
- Lázaro, A., & Marín, J. (2002). Alimentación del lactante sano. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*, 311-320.
- Moreno, J., L., O., & C., P. (2005). *Nutrición Infantil*. Recuperado el 25 de Junio de 2012, de Acta Pediatrica Española:
www.gastroinf.com/SecciNutri/DESNUTRICION.pdf
- OMS. (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una lactancia feliz natural*. Recuperado el 14 de Mayo de 2012, de HONcode:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
- OMS. (2002). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 12 de Mayo de 2012, de HONcode:
http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- OPS. (2008). *HONcode*. Obtenido de La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y el Caribe:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/MalnutritionSpa.pdf>
- Quezada, A. (2003). *Manual de Pediatría Ambulatoria*. Buenos Aires: Mediterráneo Ltda.
- Rivera, R., Guardia, S., Cornejo, V., & Young, T. (Agosto de 2002). *Índice de Riesgo nutricional en lactantes: Aplicación y comparación de un instrumento de evaluación*. Recuperado el 24 de Junio de 2012, de Revista Chilena de Nutrición:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-751820020002000008&script=sci_arttext
- Roggiero, E., & Di Sanzo, M. (2007). *Desnutrición infantil. Fisiopatología, Clínica y Tratamiento dietoterápico* (Primera edición ed.). Argentina: Corpus.
- Salud, O. M. (2010). *HONcode*. Recuperado el 15 de abril de 2012, de La alimentación del lactante y del niño pequeño:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
- Tojo, R., & Leis, R. (2008). *Crecimiento normal del niño*.

UNICEF. (2011). www.unicef.org/ecuador/media16762.htm. Obtenido de www.unicef.org/ecuador/media16762.htm

Wilson, D. (2008). *Manual de enfermería pediátrica de Wong*. México: McGraw Hill.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A SEGUIR DURANTE EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO

ACTIVIDADES/FECHA	10/01/12	25/02/12	19/03/12	9/04/12	12/04/12	18/04/12	21/04/12	28/05/12	07/05/12	10/09/12
Entrega del anteproyecto a la directora de tesis designada	X									
Entrevista con la directora de tesis		X								
Presentación preguntas de encuesta para la recolección de datos			X							
Reunión con directora del proyecto				X						
Revisión capítulos marco teórico					X					
Presentación análisis de los datos						X				
Presentación plan de charla							X			
Aprobación del trabajo de grado por la directora del proyecto								X		
Entrega del proyecto al lector									X	
Sustentación del trabajo de grado										X

ANEXOS



Kathy
20/12/2011

1	Guayaquil 20 de Diciembre del 2011
2	
3	Señorita
4	Alma Carrasco Rojas
5	Directora
6	Cátedra de enfermería "San Vicente de Paul"
7	Por su despacho
8	De mis congratulaciones:
9	Yo Alma Nicomedes Castro Hinojosa con CI 120392094-9
10	estudiante del VIII ciclo de la Cátedra de enfermería
12	Salicito a usted se aparece al tema de tesis de
13	grado: Cuidados de enfermería en las unidades hospitali-
14	zadas con distracción nutricional en el área de Pediatría
15	del Hospital Abel Gilbert Pantoja durante los meses de
16	diciembre del 2011 a Mayo del 2012
17	
18	Agradezco anticipadamente la atención brindada
19	a la presente.
20	Atentamente:
21	Alma Castro
22	
23	
24	

Serie
0556304

Autorizado

\$ 1.25
U. C. S. G.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE GUAYAQUIL
Escuela de Enfermería
Alma Castro
Directora



CE-0008-2012

UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 10 de Enero del 2012

Licenciada
FANNY GAYBOR RUIZ
Docente
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted que ha sido delegada como Directora de Trabajo de Graduación, de la Srta. **Albina Nicomedes Castro Muñoz**, en el tema **"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LACTANTES HOSPITALIZADOS CON DISTROFIA NUTRICIONAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GILBER PONTON DESDE ENERO HASTA MARZO DEL 2012"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.


UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"


Leda. Nora Carrera Rojas
Directora

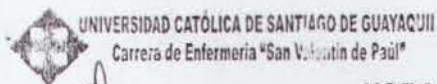
*Recibido
el
6 de Enero*

Teléfonos:

2206952 - 2200286
Ext. 1818 - 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil 2 de mayo del 2012



2 MAY 2012 HORA
[Signature]
RECIBIDO
Srta. Katty Montoya B.

Lcda.

NORA CARREJA ROJAS

Directora

Carrera de enfermería

Yo, Lcda. **FANNY GAIBOR**, por medio de la presente doy a conocer a Usted que la Srta. **.Albina Castro Muñoz** ha culminado el trabajo previo a su graduación y esta lista para pasar al lector, cuyo tema es **"CUIDADO DE ENFERMERIA EN LACTANTES CON DISTROFIA NUTRICIONAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GIBERT PONTON"**

Particular que doy a conocer para fines pertinentes.

Atentamente,

Tutora: Lcda: Fanny Gaibor



CE- 207-2012

UNIVERSIDAD CATOLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Guayaquil, 7 de Mayo del 2012

Doctor
MARCELO OBANDO FREIRE
Docente
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", comunica a usted, ha sido designado como lector de la Srta. **ALBINA CASTRO MUÑOZ**, con el tema **CUIDADO DE ENFERMERIA EN LACTANTES CON DITROFIA NUTRICIONAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"


Lcda. Nora Carrera Rojas
Directora


Mayo 12/2012

CARRERA
DE
ENFERMERIA

 10 JUL 2012 HORA 9h52
RECIBIDO
Srta. Katty Montoya B.

Guayaquil, 06 de julio del 2012

Licenciada

NORA CARRERA ROJAS

Directora

CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

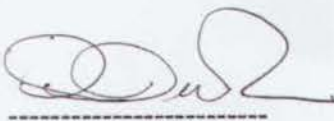
En su despacho

De mis consideraciones.

Por medio de la presente le comunico a usted, que el trabajo de investigación de la Srta. **ALBINA NICOMEDES CASTRO MUÑOZ** con el tema **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LACTANTES HOSPITALIZADOS CON DISTROFIA NUTRICIONAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE MARZO A ABRIL DEL 2012**, previa obtención de título de Licenciada en Enfermería, informo que dicho trabajo ha sido leído y hecho las correcciones pertinentes y queda listo para su debida sustentación

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente.



DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE

Docente de la Carrera de Enfermería



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE
ENFERMERÍA

CE-144-2012

Guayaquil, marzo 15 del 2012

Dr.
Cesar Chávez
Director
Hospital Abel Gilbert Pontón
En su Despacho.-

De mis consideraciones:

La Suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl", de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conoedora de su espíritu de colaboración, en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted, la autorización para que la alumna del octavo ciclo del Programa Regular de Licenciatura de Enfermería, realice la encuesta a las pacientes los días lunes, miércoles y viernes del mes de marzo-abril del 2012, en el horario de 09:00 a 12:00 am.

Tema: Cuidados de Enfermería en lactantes con Distrofia Nutricional.

Interna de Enfermería: Albina Nicomedes Castro Muñoz

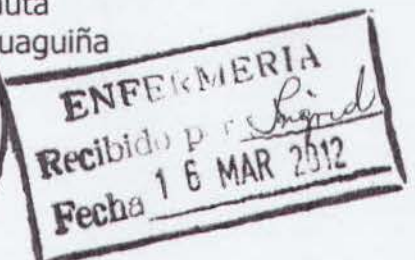
Por la favorable acogida que otorgue al presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"
Lcda. Nora Carrera Rojas
Directora



C.c Dpto. de Docencia- Lcda. María Yunapauta
Dpto. de Enfermería- Lcda. Angélica Aguaguña



Teléfonos:
2200906 2200286
Ext. 1817 - 1818

Guayaquil-Ecuador



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE "SANTIAGO DE GUAYAQUIL"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAUL"

Objetivo: Conocer el estado nutricional de los Lactantes de 0 a-24 meses de edad en el área de Pediatría del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

Edad:

MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA:

1.- Características Antropométricas del lactante

Edad.....

Sexo.....

Peso.....

Talla.....

2.- Durante el embarazo se realizó los controles prenatales?

Si.....

No.....

3.- Quien le ha proporcionado información acerca de la lactancia materna?

Medico.....

Nutricionista.....

Enfermera.....

Otros.....

Ninguno.....

4.- Indique la causa por la cual ingreso su hijo al hospital?

Enfermedades Respiratorias.....

Enfermedades Diarreicas.....

Otras enfermedades.....

5.- Que tipo de alimentación le proporciona a su hijo actualmente?

- Lactancia materna exclusiva.....
- Lactancia materna + formula.....
- Lactancia materna + alimentación complementaria.....
- Alimentación exclusiva con formula.....

6.- Sabe usted qué tipo de alimentación debe recibir su hijo(a) de acuerdo a la edad?

Si..... No.....

7.- Conoce usted sobre los beneficios de la lactancia materna?

SI NO.....

Si su respuesta es afirmativa mencione cuales usted conoce.....

.....

8.- Usted prefiere:

- a) Preparar la papilla
- b) Comprar la papilla

9.- Generalmente como prepara la papilla?

- Frutas.....
- Cereales de tarro....
- Vegetales....

10.- Nivel Educativo.

- Primaria.....
- Secundaria.....
- Universitario.....
- Analfabeto.....

11.- Sus ingresos económicos son:

Diario.....

Semanal.....

Mensual.....

12.- Procedencia:

Urbana.....

Marginal.....

Rural.....

13.- Tipo de vivienda:

Caña.....

Mixta.....

Cemento.....

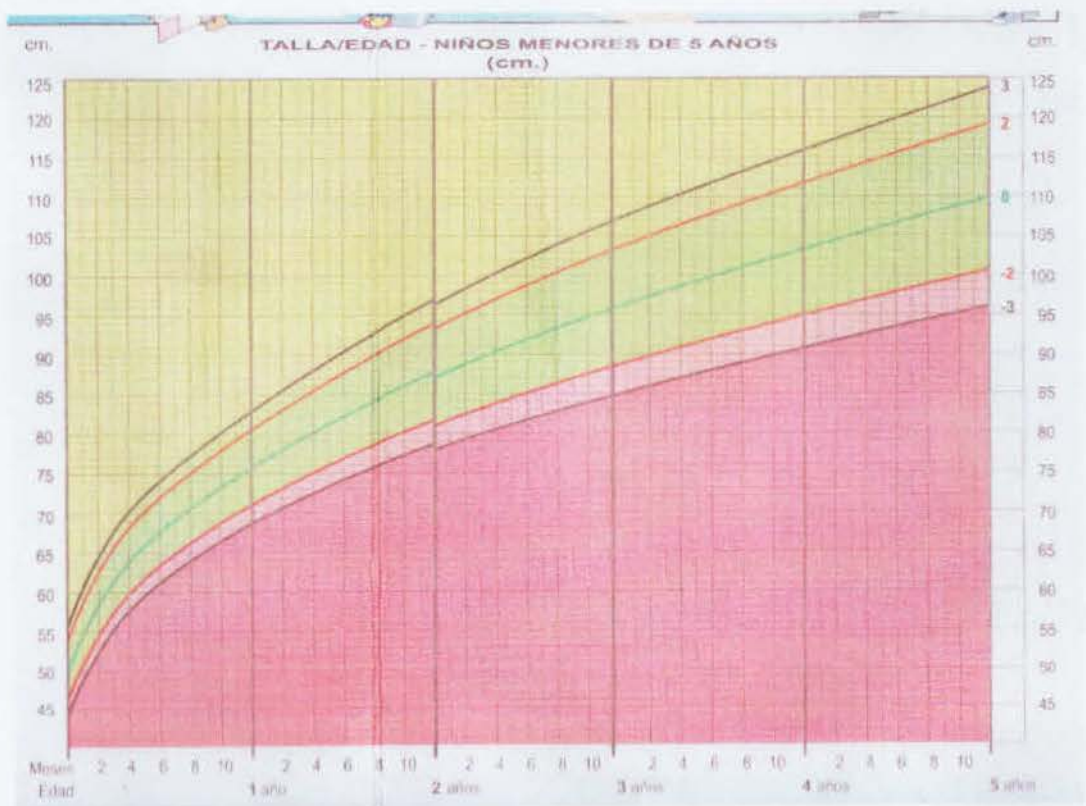
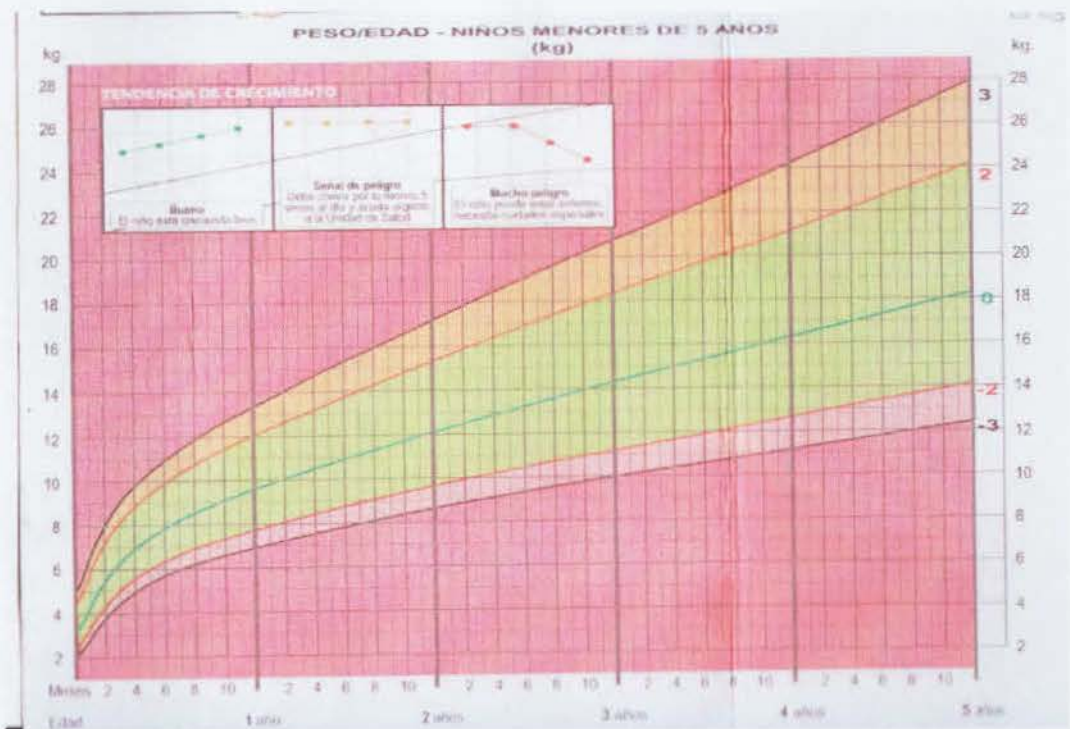
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TENDENCIA DE CRECIMIENTO

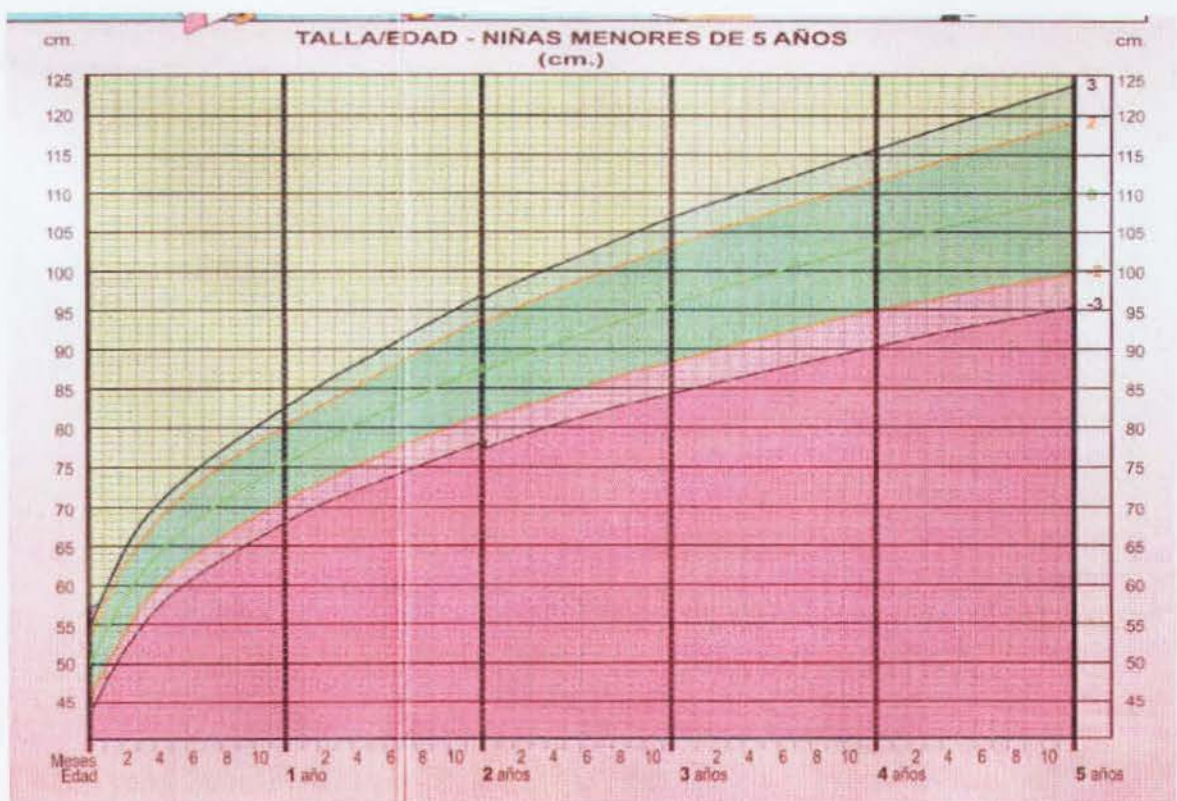
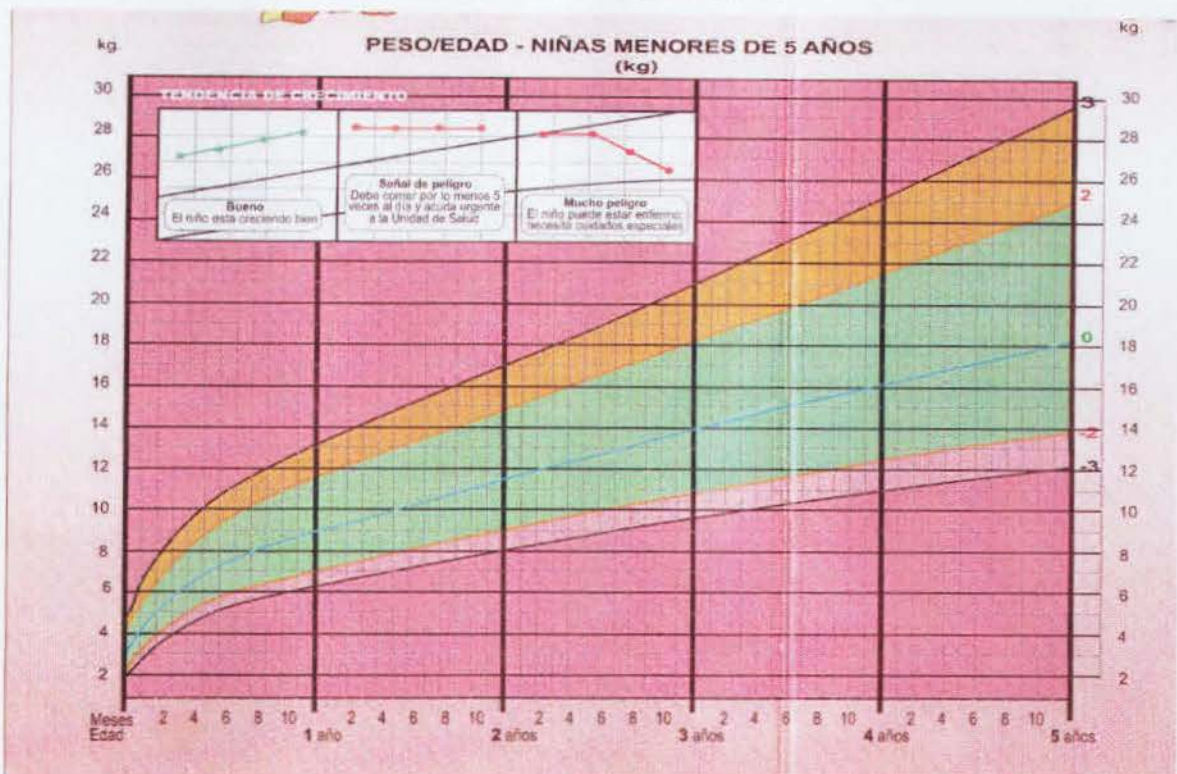
TENDENCIA CRECIMIENTO	DEL		
		N°	%
Bueno		0	0
Peligro		10	83
Mucho peligro		2	17
TOTAL		12	100

Mayor que el percentil 97	0	0
Entre el percentil 97 y el percentil 3	0	0
Entre el percentil 3 y -3 desviación estándar	10	83
Por debajo de -3 desviación estándar	2	17
TOTAL	12	100

GRÁFICOS UTILIZADOS PARA EL MONITOREO DEL CRECIMIENTO/NIÑOS



GRÁFICOS UTILIZADOS PARA EL MONITOREO DEL CRECIMIENTO EN NIÑAS







**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"**

**PLAN DE CHARLA PARA LAS MADRES DE LOS LACTANTES
HOSPITALIZADOS CON DISTRÓFIA NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL
"DR. ABEL GILBERT PONTÓN"**

Justificación

La desnutrición en los niños afecta en forma significativa su supervivencia. Estos niños son más susceptibles a las infecciones que los niños normales, especialmente a enfermedades comunes como las diarreas, las enfermedades respiratorias agudas, la parasitosis o la tuberculosis.

La desnutrición está presente en épocas de máxima aceleración del crecimiento en los niños, especialmente entre los primeros 6 y 18 meses de vida, corriendo el riesgo de afectar en forma severa el sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el desarrollo psicomotor y psicosocial.

Objetivo General

Dar a conocer a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón", que es la desnutrición y como afecta en el estado de salud del lactante.

Objetivos específicos

- Proporcionar información acerca de las causas de la desnutrición en los lactantes y sus consecuencias.

- Promover una alimentación adecuada de acuerdo a la edad del lactante.

RECURSOS HUMANOS

Interna de Enfermería Albina Castro Muñoz

PARTICIPANTES

15 Madres y familiares de lactantes hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

FECHA

Lunes 23 de Abril del 2012

Tiempo: 30 minutos

TEMAS

- Que es la Desnutrición
- Grados de Desnutrición
- Causas de la Desnutrición
- Prevención de la Desnutrición
- Cuidados para evitar complicaciones en la Desnutrición

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se utilizó técnicas de presentación, Charla, demostración, taller y cuestionario.

OBJETIVO	PASOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACION
<p>Por medio de esta charla se dará a conocer a las madres de los lactantes hospitalizados en el área de pediatría del hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón", que es la desnutrición y como afecta en el estado de salud del lactante.</p>	<p>5 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un ambiente de aceptación. • Establecer un vínculo con los usuarios. <p>15 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apreciación del trabajo. • Ambiente de reconocimiento. <p>10 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • retroalimentación <p>5 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despedida. 	<p>Presentación de la expositora</p>	<p>Gigantografía tríptico</p>	<p>Cuantitativa Estuvieron presentes en la charla 15 madres</p> <p>Se entregaron 15 trípticos</p> <p>Cualitativa.</p> <p>Todas las madres estuvieron muy atentas a la charla impartida.</p> <p>Se mostraron participativas en la explicación y se respondió a sus inquietudes.</p>



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"**

**PLAN DE CHARLA PARA LAS MADRES DE LOS LACTANTES
HOSPITALIZADOS CON DESNUTRICIÓN EN EL HOSPITAL "DR.
ABEL GUILBERT PONTÓN"**

JUSTIFICACIÓN

Durante los primeros meses de vida es importante la lactancia materna ya que constituye una forma de proteger la salud del niño, a partir del sexto mes es importante agregar la alimentación complementaria que se necesita para mantener un crecimiento normal en el lactante.

OBETIVO GENERAL:

- Educar a las usuarias acerca de los beneficios de la lactancia materna y la alimentación complementaria en el lactante.

OBEJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Enseñar cuáles son los beneficios de la lactancia materna para ellas y sus hijos.
- Dar a conocer las técnicas para el amamantamiento.
- Indicar la importancia de la lactancia materna y la introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.

RECURSOS HUMANOS:

Interna de Enfermería Albina Castro Muñoz

RECURSO DIDÁCTICO:

- Gigantografía
- Tríptico

FECHA: 27 de Abril 2012.

LUGAR: Área de Pediatría del Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"

TIEMPO: 10:00 – 10:30 am

TEMAS:

1. Qué es la lactancia materna?
2. Beneficios de la leche materna para el niño.
3. Beneficios para la madre.
4. Técnicas de amamantamiento.

OBJETIVO	PASOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	EVALUACIÓN
<p>Por medio de la charla y de los materiales visuales que se muestren, se logrará que las madres tengan conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna y la alimentación complementaria en el lactante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 min. Establecimiento de un ambiente de aceptación. Establecer un vínculo con los usuarios. • 15 min. Apreciación del trabajo. Ambiente de reconocimiento. • 10 min. retroalimentación • 5 min. Despedida. 	<p>Presentación de la expositora</p>	<p>Tripticos Gigantografía</p>	<p>Cuantitativa: Estuvieron presentes en la charla 10 madres Se entregaron 10 trípticos</p> <p>Cualitativa. Todas las madres estuvieron muy atentas a la charla impartida. Se mostraron participativas en la explicación y se respondió a sus inquietudes. En la retroalimentación, se observó mucha contribución por parte de las usuarias, con lo que se podría concluir con una inmensa satisfacción.</p>





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"
PROGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A
USUARIAS DEL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL "DR. ABEL
GILBERT PONTÓN".

FECHA: _____

Responsable: Interna de Enfermería Albina Castro Muñoz

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Sara Lopez	Lopez
Maria Eugenia S.	[Firma]
Rosmary León	[Firma]
Wilmera Bustos	[Firma]
Eugenia Solano	[Firma]
Richard Barresa	[Firma]
Terese Castro	Terese Castro
Maria Bague	Bague
Yesenia Corchado	[Firma]
Juliana Barand	[Firma]
Tatiana Zambrano	[Firma]
Audrea Miranda-E.	[Firma]
Francisca Torres	[Firma]

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

DE 6 A 8 MESES

- Leche Materna
- Papillas de legumbres
- Frutas

DE 9 11 MESES

Continuar con Lactancia Materna

- Papillas de frutas y vegetales
- Agregar pollo ,pescado y carne

DE 1 AÑO EN ADELANTE

Continuar con la lactancia materna

- Dar 3 comidas principales
- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda



Desnutrición en Lactantes

Int. Albina Castro Muñoz
Universidad de Santiago de Guayaquil

Proyecto de Investigación
Cuidados de enfermería en lactantes
hospitalizados en el área de Pediatría del
hospital Guayaquil



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL

MATERIAL DE INFORMACIÓN BÁSICA



**DES NUTR I C I Ó N
E N L A C T A N T E S**

GUÍA NUTRICIONAL PARA LAS MADRES DE LOS LACTANTES DE 0-24 MESES

OBJETIVO

El objetivo es el de contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de las deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación; a través de mensajes comprensibles, que permitan a nivel familiar, realizar la mejor selección, manejo y combinación de los diversos nutrientes para los lactante de acuerdo a la edad.

CONSEJERIA ALIMENTARIA

- ✓ Practicar una buena higiene y una correcta manipulación de los alimentos.
- ✓ Las personas que se ocupan del cuidado del niño deben lavarse correctamente las manos, igualmente las que están encargadas de manipular y prepara los alimentos, también, mantener limpios los utensilios que se emplean para tales fines.
- ✓ Lavar correctamente las manos de los niños antes de las comidas
- ✓ Practicar una adecuada higiene oral.

Una alimentación complementaria adecuada –equilibrada estimula el crecimiento e impide la desnutrición en los niños y niñas de 0 a 24 meses. El inicio de la alimentación comprende la inclusión de otros alimentos o líquidos que son suministrados al mismo tiempo con la leche materna. Se le debe dar de comer frecuentemente y con paciencia. Es necesario vigilar que los alimentos complementarios no reemplacen la leche materna.

- ✓ Aumentar la frecuencia de la alimentación complementaria a medida que el niño o la niña va creciendo y combinar las comidas principales con refrigerios.
- ✓ Dar de 2 a 3 comidas complementarias por día a los lactantes de 6 a 8 meses
- ✓ Dar de 3 a 4 comidas complementarias por día a los lactantes de 9 a 11 meses
- ✓ Dar de 4 a 5 comidas complementarias por día a los lactantes de 12 a 24 meses.
- ✓ Aumentar progresivamente la consistencia y variedad de los alimentos, en la medida en que el niño o niña va creciendo y adaptar el régimen alimentario a las recomendaciones de calorías.
- ✓ Darle de comer alimentos triturados y semisólidos, humedecidos con leche materna si es posible, jugos no cítricos y agua, a partir de los 6 meses.
- ✓ Darle combinaciones ricas en energía, con alimentos cada vez más consistentes, a los lactantes de 6 a 11 meses, e introducir alimentos sólidos a partir de los 8 meses.
- ✓ A la edad de 12 meses, el régimen alimenticio debe incluir todos los alimentos.
- ✓ Diversificar la alimentación para mejorar la calidad y aporte de micronutrientes.
- ✓ Dar todos los días, frutas, hortalizas y verduras ricas en vitamina A como: melón, papaya, mango, , mandarinas, pimiento rojo, zanahoria, , tallos o col, espinacas, berros, acelgas, tomate, repollo
- ✓ Dar todos los días carne, pollo o pescado si es accesible y por lo menos una vez a la semana vísceras rojas.
- ✓ Utilizar alimentos fortificados como la harina de trigo y la sal yodada, entre otros.
- ✓ Suplementar con hierro, tanto para la prevención como para el tratamiento de la anemia.

- ✓ Formar hábitos alimentarios saludables desde temprana edad.
- ✓ Dar de comer directamente a los niños y niñas más pequeños y ayudar a los mayores para que se alimenten por ellos mismos.
- ✓ Ofrecerles los alimentos favoritos y estimularlos para que coman, en el caso de que pierdan interés o muestren menos apetito.
- ✓ Darles de comer lentamente y con paciencia, tratando de disminuir al máximo, las distracciones durante las comidas.

Si los niños o niñas rehúsan a comer, ensayar otros sabores, combinaciones alimenticias, diferentes consistencias y métodos alimenticios.

Integrar a los niños y niñas al horario de la comida familiar y propiciar un ambiente tranquilo y agradable.

No forzar a los niños a que coman, ni utilizar los alimentos como premio o castigo.

No utilizar dulces, golosinas o helados para premiar o manifestar complacencia al niño o niña.