



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTERACIÓN CALÓRICA  
PROTEICA POR MALTRATO INFANTIL Y SU INFLUENCIA CON EL  
DESARROLLO PSICOMOTRIZ”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Chango Masaquiza, Ana Gabriela

**Tutora:** Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

**Ambato – Ecuador**

**Abril 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTERACIÓN CALÓRICA PROTEICA POR MALTRATO INFANTIL Y SU INFLUENCIA CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ”**, de Ana Gabriela Chango Masaquiza estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**Ambato, Septiembre 2016**

**EL TUTORA**

.....  
Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis del caso clínico sobre: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTERACIÓN CALÓRICA PROTEICA POR MALTRATO INFANTIL Y SU INFLUENCIA CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

**Ambato, Septiembre 2016**

### **LA AUTORA**

.....  
Chango Masaquiza, Ana Gabriela

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este análisis de caso dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autora.

**Ambato, Septiembre 2016**

## **LA AUTORA**

---

Chango Masaquiza, Ana Gabriela

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del tribunal examinador aprueban el Análisis de caso clínico sobre el tema **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTERACIÓN CALÓRICA PROTEICA POR MALTRATO INFANTIL Y SU INFLUENCIA CON EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ”** de Ana Gabriela Chango Masaquiza, estudiante de la Carrera de Enfermería.

**Ambato, Abril 2017**

**Para constancia firma:**

\_\_\_\_\_

**PRESIDENTE/A**

\_\_\_\_\_

**1er VOCAL**

\_\_\_\_\_

**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico con todo mi amor a mi familia, en especial a mis padres Marcelino y Victoria por sus sabios consejos y apoyo incondicional en mis estudios logros y desventuras a lo largo de mi vida ya que gracias a ellos he podido culminar con éxito mi carrera.

A mis hermanas Daniela, Sisa, Angie y a mi hermano Freddy por convertirse en mis mejores amigos y ser mi apoyo incondicional en cada una de las metas que he emprendido, estoy segura que estos momentos se alegran por mí.

A mis amigas, con quienes he compartido los momentos inolvidables de la carrera, la universidad nos hizo compañeros, pero el pasar del tiempo nos convirtió en amigos/as.

**Ana Gabriela Chango Masaquiza**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que han contribuido a que este trabajo salga adelante, entre todos quisiera mencionar:

A mis padres por su constante amor, cariño, ejemplo, por cada uno de sus sacrificios, porque con ello me enseñaron que todo sacrificio tiene su recompensa y porque nunca dudaron que lograría este triunfo, gracias sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mis hermanas y a mi hermano gracias por preocuparse por su hermana mayor, gracias por compartir sus vidas y por estar siempre junto a mí.

A mis amigas, que nos apoyamos mutuamente en nuestra labor y que hasta ahora, seguimos siendo amigas.

A mis Docentes, por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A la Universidad Técnica De Ambato, en especial a la Facultad Ciencia de La Salud y a mi amada Carrera de Enfermería por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Al hospital Provincial General Latacunga y a todo su personal, donde realice mi internado rotativo, de allí me llevo los más gratos recuerdos.

**Ana Gabriela Chango Masaquiza**

# ÍNDICE

## Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN.....	x
SUMMARY .....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL .....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.....	4
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE .....	4
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE .....	16
IV. DESARROLLO.....	21
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO .....	21
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	22
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	25
4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	27
4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	28
4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	31
GUÍA .....	31
INTRODUCCIÓN .....	31
OBJETIVOS.....	31
JUSTIFICACIÓN.....	31
CONCLUSIONES .....	32



RECOMENDACIONES .....	32
IV. CONCLUSIONES .....	33
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
VII ANEXOS .....	40

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALTERACIÓN CALÓRICA  
PROTEICA POR MALTRATO INFANTIL Y SU INFLUENCIA CON EL  
DESARROLLO PSICOMOTRIZ”**

**Autora:** Chango Masaquiza, Ana Gabriela

**Tutor:** Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

**Fecha:** Septiembre 2016

**RESUMEN**

La alteración calórica proteica infantil es la forma más severa de la desnutrición que se observa a menudo en niños menores de 5 años de edad, siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. El propósito del presente análisis de caso clínico es determinar la intervención del personal de enfermería y describir los principales problemas que se presentaron durante la evolución de la patología, a la vez los factores que intervinieron en la mejoría. Este trabajo se llevó a cabo en un paciente de 1 año 4 meses de edad, sexo femenino con diagnóstico de desnutrición calórica proteica severa (E4) - kwashiorkor (E40), la misma que fue detectada y tratada. Se recabo información desde el inicio de la patología hasta la actualidad, se detalla la evolución de la enfermedad, se realiza una valoración de enfermería completa según los once patrones funcionales de Marjory Gordon, se plantea intervenciones para facilitar el cuidado y mejoramiento la calidad de vida del paciente y la familia. Para la recolección de la información se utilizó la metodología descriptiva ya que permitió establecer contacto con la realidad para observarla, describirla y controlar la patología, además se reconoce que es bibliográfico lo que le permite darle soporte y mayor veracidad.

**PALABRAS CLAVES:** DESNUTRICIÓN \_ ALTERACIÓN PROTEICA  
CALÓRICA, CUIDADOS \_ ENFERMERÍA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**NURSERY CAREER**

"INTERVENTION OF NURSING IN PROTEIN CALORIC ALTERATION FOR CHILD ABUSE AND ITS INFLUENCE WITH PSYCHOMOTIVE DEVELOPMENT"

**Author:** Chango Masaquiza, Ana Gabriela

**Tutor:** Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesus

**Date:** September 2016

**SUMMARY**

Childhood protein caloric alteration is the most severe form of malnutrition, which was often observe in children under 5 years of age, being one of the main health problems worldwide. The purpose of the present clinical case analysis is to determine the intervention of the nursing staff and to describe the main problems that occurred during the evolution of the pathology, as well as the factors that intervened in the improvement. This work was carri out in a one - year-old female patient with diagnosis of severe protein - caloric malnutrition (E4) - kwashiorkor (E40), the same that was detect and treat. Information was gathered from the beginning of the pathology to the present, details the evolution of the disease, a complete nursing assessment according to the eleven functional patterns of Marjory Gordon, interventions are proposed to facilitate the care and improvement of the quality of life. The patient and the family. For the collection of the information, the descriptive methodology was use since it allowed establishing contact with the reality to observe, describe and control the pathology; in addition, it recognized that it is bibliographic allowing him to give support and greater veracity

**KEY WORDS:** MALNUTRITION \_ CALORIC PROTECTION, CARE \_  
NURSING.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La desnutrición calórica-proteica presenta síndromes clínicos, caracterizados por una ingesta inadecuado de proteínas y calorías para satisfacer las necesidades del cuerpo, las principales características de la enfermedad son retraso en el crecimiento y desarrollo, bajo peso, edemas, piel despigmentada y cabello quebradizo. Investigaciones demuestran que la alteración calórica-proteica es la causa de deficiencia en el desarrollo psicomotriz, retraso en el desarrollo cerebral y deficiente capacidad intelectual de los niños.

La Encuesta de Instituto Nacional de Estadística y Censo realizado el 2014 señala que el 24% de los menores de 5 años sufren de desnutrición crónica infantil; Esto significa que, 1 de cada 4 niños en el Ecuador será significativamente más pequeño de lo que debía ser normal mente, esto refleja no solo como están los niños al momento de la medición, sino como han estado desde que nacieron. (INEC, 2014)

En el Ecuador el número de casos notificados y la tasa de incidencia anual de desnutrición corresponde aproximadamente a 361.000 niños menores de 5 años y de ese total, unos 90.000 tienen desnutrición grave. Según el último estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), revela que la desnutrición aparece con más frecuencia en las niñas que en los niños y también demuestra que los niños indígenas son los más afectados que otras etnias, los factores que influyen en la desnutrición son el bajo nivel socioeconómicos y culturales, entre ellos se encuentran la falta de acceso a los servicios de salud, inadecuada atención prenatal y postnatal, deficiencia educativa y costumbres alimenticias inapropiadas. (INEC, 2014)

Si la enfermedad no es tratada a tiempo puede presentar complicaciones graves, causando hasta la muerte de los niños. La desnutrición puede ser abordada mediante una intervención de tratamiento y cuidados oportunos por parte del personal de salud.

El presente análisis de caso clínico se centra en el seguimiento de la intervención del personal de enfermería en pacientes con alteración calórica proteica severa, sabiendo que el personal de enfermería asume diferentes roles al brindar cuidados especializados siendo utilizados concurrentemente y no necesariamente llevarlos a cabo todo a la vez.

El presente caso se trata de una paciente de 1 año 4 meses de edad, sexo femenino, peso 6,4 kilogramos, talla 69 centímetros, índice de masa corporal (IMC) de 13.44, cabello quebradizo, edemas palpebrales, piel despigmentada, lesiones peribucales y edema en extremidades superiores e inferiores. Fue ingresada al Hospital Provincial General de Latacunga al área de pediatría tras ser valorada por especialistas se llegó al diagnóstico de Desnutrición Calórica Proteica Severa (E4).

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los puntos críticos de la paciente con alteración calórica proteica para enfocarnos en la intervención de enfermería direccionada a la patología, para así mejorar los cuidados de enfermería y calidad de vida del paciente y sus familiares.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Recolectar datos para identificar los principales puntos críticos enfocados la alteración calórica proteica infantil.
- Instaurar oportunidades de mejora en el cuidado de enfermería que contribuyan y orienten al mejoramiento de la calidad de vida.
- Establecer una guía de atención de enfermería de manejo del cuidador en pacientes con alteración calórica proteica severa, en el servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Latacunga.



### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.**

#### **3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE**

La información recopilada para realizar el análisis del caso clínico se obtuvo del HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA, se pudo obtener los exámenes de laboratorio e informes de enfermería que se redactan a continuación.

Otra fuente de información a la que se acudió fue a la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, la cual proporcionó conocimiento más amplio sobre esta patología y de igual manera permitió la realización de este análisis de caso. Además de obtener información de páginas de internet, revisión de protocolos de atención del ministerio de salud Pública del Ecuador.

### **NOTAS DE EVOLUCIÓN**

#### **CENTRO DE SALUD SAQUISILI**

**26/09/2015**

Paciente femenino de 1 año 4 meses de edad en brazos de la madre acude a la casa de salud por alza térmica no cuantificada desde hace 13 días, donde es tratada con amoxicilina y paracetamol. No hubo cambio de la sintomatología.

Analizando la intervención de enfermería que se brindó a la paciente en el primer contacto, considero que no hubo un diagnóstico oportuno por parte del personal de salud.

**29/09/2015**

En su segundo contacto médico, la paciente presenta sed, edemas palpebrales y en extremidades superiores e inferiores, 6 deposiciones diarreicas por lo cual es

referida al Hospital Provincial General Latacunga e ingresa al servicio de pediatría con diagnóstico de desnutrición crónica.

Basándonos en los cuidados de enfermería se debió actuar oportunamente, mediante la medición antropométrica correcta, a través de los 4 indicadores clásicos, peso para talla (P/T), talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) e índice de masa corporal para la edad (IMC/E). En el caso de la paciente no se realizó de forma correcta en el primer contacto. Lo que demuestra que el control del niño sano es una actividad de suma importancia para la detección precoz de la patología.

Entre las intervenciones de enfermería esta la prevención de este tipo de patología mediante una correcta educación a los padres sobre la lactancia materna y alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

## **HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA**

Motivo de consulta: Fiebre, edemas palpebrales y edemas en extremidades superiores e inferiores. Antecedentes prenatales: consulta 3, ecografías 3, no recibió: hierro, ácido fólico, multivitaminas e inmunizaciones. Antecedentes perinatales: producto de tercera gesta, parto céfalo vaginal en domicilio. Antecedentes posnatales: lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses. Desarrollo psicomotriz: Se sentó sola 5 meses, gateo 6 meses, monosílabos 8 meses, bisílabos 9 meses y camino al año de edad. Hábitos alimentarios 2 veces al día más seno materno, micción 3 veces al día, deposición 1 vez al día. Condición socioeconómica baja, cuenta con domicilio propio y servicios básicos inadecuados. Enfermedad actual: Paciente femenina de 1 año 4 meses presenta alza térmica no cuantificada, sed, 5 deposiciones líquidas y abundantes, edemas palpebrales, extremidades superiores e inferiores. Examen físico: Piel con despigmentación, edemas palpebrales, área peribucal con lesiones, extremidades superiores e inferiores: Edemas ++/+++. Peso 6.4 kilogramos, talla 69 centímetros. Diagnósticos: Desnutrición calórica proteica severa (E4). Condición socioeconómica: Casa propia de construcción mixta con los servicios básicos inadecuados.

- ***La desnutrición crónica infantil:*** Es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su

*desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar. Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irreversibles después del segundo año de vida en nuestra población. Información tomada de Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*

Para diagnosticar esta patología, es necesario realizar una buena anamnesis además es indispensable identificar las causas de la alimentación inadecuada.

Para establecer la gravedad se realiza índice de masa corporal y exámenes de laboratorio como son albumina sérica, recuento total de linfocitos, recuento de CD4+, transferrina sérica y las respuestas a los antígenos cutáneos.

Se inicia tratamiento con medidas generales, control de la dieta, fórmula F75, 60 mililitros cada 2 horas vía oral, peso diario, control de ingesta y excretas, control de calorías y dispositivo intravenoso sin heparina. En cuanto al tratamiento farmacológico se inició con Gentamicina 11 miligramos vía intravenosa cada 8 horas por 8 días, Ampicilina 160 miligramos cada 6 horas vía intravenosa por 8 días, Metronidazol 48 miligramos vía intravenosa cada 6 horas por 8 días, Vitamina A 200 unidades diario vía oral por 2 días, Complejo B 1 mililitro vía intramuscular diario por 6 días, Gluconato de zinc 2,5 miligramos vía oral diario por 12 días, Ácido fólico 5 miligramos diario vía oral 32 días.

Dentro de los exámenes a realizar tenemos: Biometría, TP, TTP, química sanguínea, VIH, colesterol, proteínas totales, triglicéridos y radiografía de tórax. **(Anexo 1) LA BIOMETRÍA HEMÁTICA:** Glóbulos blancos 21.28, Glóbulos rojos 3.88, Hemoglobina 10.4, Hematocrito 31.0, Volumen corpuscular medio 79.9-, Hemoglobina corpuscular media 26.8, Concentración de hemoglobina corpuscular media 33.5, Plaquetas 437+, Amplitud de distribución de eritrocitos SD 48.4, Amplitud de distribución de eritrocitos CV 18.2+, Volumen plaquetario

medio 8.1-, Neutrófilos 11.65, Linfocitos 9.23, Monocitos 0.38, Eosinófilos 0.00 y Basófilos 0.02. La biometría hemática revelo cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, una discreta disminución del volumen corpuscular medio y de la hemoglobina corpuscular media, lo cual se corresponde con un cuadro clínico de anemia. La concentración de hemoglobina corpuscular media y las plaquetas dentro de límites normales. El conteo global de leucocitos elevado  $21,28 \times 10^3/uL$  indicando leucocitosis, con una disminución de neutrófilos por debajo de 60 por ciento.

- **Tratamientos antiinfecciosos:** Como se ha señalado ya, los diversos procesos infecciosos son frecuentes en la historia inmediata de enfermos que presentan el síndrome en forma grave y que constituyen casi siempre el motivo de la consulta. Es corriente en la América Central combatir energicamente estas afecciones con sulfamidas y antibióticos apropiados. El tratamiento del parasitismo intestinal no se inicia sino cuando el niño se ha recuperado suficientemente y puede soportar sin peligro este tipo de medicación. Información tomada de INDEXED- Síndrome Policarenal Infantil (Kwashiorkor) y su Prevención en la América Central.

**30/09/2015**

Signos vitales: FC: 80      FR: 28      T: 36.6      SATO2: 89%

Paciente de 1 año 4 meses de edad de sexo femenino al momento facies pálidas, presenta edemas palpebrales y en extremidades superiores e inferiores de ++/+++ y 3 diarreas abundantes

La diarrea produce deshidratación por lo cual el personal de enfermería debe evaluar el grado de deshidratación, tolera la ingesta oral y vigilar los signos vitales en el progreso de rehidratación cada 30 minutos durante 2 horas, después cada 1 por 6 a 12 horas registrando cada vez, además se debe vigilara signos de sobrehidratacion (incremento en el pulso, frecuencia respiratoria y aumento del edema).

**1/10/2015**

Paciente al momento presenta edemas palpebrales, tos con secreciones, a febril, piel despigmentada, extremidades superiores e inferiores con edema de ++/+++. Paciente con poca tolerancia a formula F 75 y en la tarde realiza 2 vómitos y 2 deposiciones diarreicas. Se realiza exámenes de laboratorio los mismos que indican:

**(Anexo 2) Hematología:** Velocidad de eritro sedimentación 1H 22 mm/hora, glóbulos blancos 16.6 k/ul, neutrófilos 60%, linfocitos 33%, monocitos 2%, eosinofilos 2%, neutrófilos 2.04 k/ul, linfocitos 8.68 k/ul, monocitos 5.76 k/ul, hemoglobina 8.6 g/dl, hematocrito 27.6 %, volumen corpuscular medio 83 fl, HB corpuscular media 25.9 p g y plaquetas 420 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>. En esta biometría hemática aparecen valores de la velocidad de eritro sedimentación altos, de glóbulos blancos totales, linfocitos, monocitos lo que serían indicadores de sepsis, el conteo global de leucocitos elevado 21,28 x10<sup>3</sup>/uL indicando leucocitosis, con una disminución de neutrófilos por debajo de 60 porciento. También reveló cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, el volumen corpuscular medio y de la hemoglobina corpuscular media, las plaquetas dentro de límites normales.

**(Anexo 3) Química:** HDL colesterol 15 mg/dl. El valor del HDL colesterol se encontró dentro de los límites normales. A pesar de que las concentraciones de colesterol total, colesterol de las LDL y HDL en plasma disminuyen a medida que aumenta la gravedad de la desnutrición.

**(Anexo 4) Química:** TGP 87 u/l y TGO 38 u/l. En este examen se encontró que la paciente tiene valores altos de TGP y TGO que evalúan la función hepática como deficiente.

**(Anexo 4) Serología:** PCR positivo ++ mg/l, TP 14 seg y TTP 38 seg. En este examen se encontró que la paciente tiene un PCR alto, lo cual es indicador de sepsis, el tiempo de trombina normal mientras que el tiempo de tromboplastina ligeramente prolongado.

Basándonos en los cuidados de enfermería direccionados a la patología, se le debió dar la formula F75 y Resomal según el requerimiento de la niña demás de continuar con la lactancia materna y no utilizar biberón.

**2/10/2015**

Signos vitales: FC: 60 FR: 50 T: 36.2 SATO2: 95%

Paciente al momento irritabilidad al manejo, piel despigmentada, edemas palpebrales, área peribucal lesionada, mucosa oral deshidratadas, extremidades superior e inferior con presencia de edema ++/+++. Se evidencia 3 vómitos abundantes. El cálculo calórico es de 30.40 kilocalorías. Se observa nuevas indicaciones: Óxido de Zinc más histamina aplicar en general 3 veces al día y Resomal 50 mililitros después de cada diarrea. Se realiza examen de laboratorio el mismo que indica:

**(Anexo 6) HIV inmunocromatografía prueba rápida:** NO reactivo. En este examen se encontró que la paciente tiene una Inmunocromatografía, para Virus Sida negativo.

De acuerdo a los cuidados de enfermería direccionados a la patología, se debió valorar el estado de la piel como son: signos de hipopigmentación o hiperpigmentación, levantamiento de la piel en láminas, ulceración de la piel de periné, detrás de las orejas y axilas, que suelen ser frecuentes en este tipo de patologías.

- **Piel:** *Meneghello ha clasificado en tres grupos las alteraciones cutáneas que se observan en estos enfermos: alteraciones pigmentarias, alteraciones de la queratinización y alteraciones vasculares. Seguimos esta clasificación, aunque, con frecuencia, tal como él mismo señala, los diversos tipos de lesiones se combinan de manera variable y a ellas se pueden agregar alteraciones producidas al rascarse, infecciones secundarias o suciedad que hacen que la interpretación sea a veces difícil.*

Información tomada de INDEXED- Síndrome Policarencial Infantil (Kwashiorkor) y su Prevención en la América Central.

**3/10/2015**

Paciente permanece irritable al manejo con balance hídrico negativo 248 mililitros. El balance hídrico negativo es cuando el ingreso es menor al egreso, causada por pérdida anormales de líquido como vómitos, diarreas, drenajes, estado febril, hemorragias y uso de diuréticos. Basándonos en la historia clínica se observó el manejo correcto del control de balance hídrico por parte de enfermería.

**4/10/2015**

Madre de la paciente refiere buena tolerancia a la dieta, al momento permanece hipoactiva, irritable al manejo y balance hídrico negativo de 203 mililitros.

Como personal de enfermería somos responsables de promover la estimulación sensorial y emocional, sabiendo que en esta enfermedad existe un retraso en el desarrollo mental y conductual, por lo cual se debió verificar conducta anormal como movimientos estereotipados, rumiación y la búsqueda de atención, además debemos brindar atención con cariño y realizar terapia de juego estructuradas de 15 a 30 minutos por días (**Anexo 26**).

La participación de la madre es fundamental (ejemplo confortándolo, alimentándolo, bañándolo, jugando y preparando los alimentos). En la revisión de la historia clínica no se observa ningún registro sobre la valoración, apoyo o asesoría del desarrollo psicomotor.

**5/10/2015**

Paciente realiza 2 vómitos abundantes después de la alimentación y 1 deposición diarreica en la noche. Cálculo calórico 73.9 kilocaloría / kilogramos /día y balance

hídrico negativo 29.8 mililitros. Se realiza examen de laboratorio el mismo que indica:

**(Anexo 7) Química:** HDL colesterol 10 mg/dl, Albumina en suero 0.9 g/dl, Colesterol total 185 mg/dl, Triglicéridos 674 mg/dl, Proteínas totales en suero 4.1 g/d, LDL Colesterol 145 mg/dl. El valor del HDL colesterol se encontró disminuido en relación con los valores normales. Las concentraciones de colesterol total, colesterol de las LDL estuvieron dentro de los límites normales en plasma disminuyen a medida que aumenta la gravedad de la desnutrición. Los valores de triglicéridos elevados. Los valores de las proteínas totales y de la albúmina sérica disminuidos lo que explica el cuadro edematoso

- **Vómitos:** *Los vómitos se presentan algunas veces, aunque con mucha menor frecuencia que la anorexia y la diarrea. Probablemente, son también el reflejo de la insuficiencia digestiva, sobre todo en los casos en que se agregan alimentos nuevos al régimen de estos enfermos, cuyo aparato digestivo no está habituado a ellos.* Información tomada de INDEXED- Síndrome Policarenal Infantil (Kwashiorkor) y su Prevención en la América Central.

**6/10/2015**

Paciente con buena tolerancia a fórmula F 75 no se evidencia vómitos ni diarreas. Cálculo calórico 84 kilocaloría / kilogramos/día y balance hídrico negativo 303 mililitros. Se observas nuevas medicaciones: multivitaminas más minerales 5 mililitros vía oral diario y aminoplasma 46 mililitros intravenosos diario.

Para la administración de cualquier medicación involucra responsabilidad, del personal de enfermería que tiene la gran responsabilidad de indicar al paciente y familiares sobre la medicación, vía de administración, horario, duración del mismo, etc. En este caso se indicó multivitaminas y Aminoplasma, sobre los cuales no se brindó una adecuada explicación y educación por parte del personal de enfermería.



**7/10/2015**

Paciente permanece con edemas palpebrales y edemas en extremidades superiores e inferiores. Poca tolerancia a fórmula F 75 y realizó 1 deposición diarreica.

- **Diarrea:** *Si la diarrea ha disminuido y el niño termina la mayoría de sus comidas, deberá cambiar a un horario de cada 4 horas. Vigilar y registrar: Cantidades ofrecidas y no ingeridas, vómitos, frecuencia de deposiciones y consistencia de heces, Peso corporal diario. Durante la fase de estabilización, la diarrea debería disminuir gradualmente y los niños con edema deberían perder peso. Si la diarrea continúa o empeora significativamente a pesar de la alimentación cautelosa, remítase a la sección diarrea persistente. (Ministerio de salud, 2010).*

**8/10/2015**

Paciente con buena tolerancia a fórmula F 75, no presenta vómitos ni diarrea, se muestra irritable al manejo, edemas palpebrales y edemas en extremidades superiores e inferiores. Cálculo calórico 50.3 kilocaloría/ kilogramos/día más dieta general. En esta ocasión se le indica una nueva medicación: Hierro elemental 38 miligramos vía oral diaria y se modifica indicaciones médicas, se cambia la administración de medicación de vía intravenosa a vía oral.

- **Hierro:** *Durante la fase inicial o de urgencia no administrar Hierro en el paciente desnutrido hasta la segunda fase del tratamiento pues tiene efectos tóxicos y puede reducir la resistencia a las infecciones. (TEGUCIGALPA, 2011).*

**9/10/2015**

Paciente presenta leves edemas palpebrales y leves edemas en extremidades superior e inferior. Aporte calórico 91.61 kilocaloría / kilogramos/ día y dieta

general, se valoró el balance hídrico teniendo como resultado positivo de 550 mililitros y diuresis horaria de 3.86 mililitros.

- *Todos los niños desnutridos severos tienen exceso de sodio corporal, aun cuando el sodio plasmático pueda estar bajo (administrar elevadas concentraciones de sodio conducen a la muerte). También presentan deficiencias de potasio y magnesio que pueden tomar más de dos semanas en corregirse. El edema en parte, es resultado de estos desequilibrios. NO TRATAR el edema con diuréticos.* Información tomada de Manejo Integral "CLAPSEN" De La Desnutrición Infantil - Protocolos Médicos Pediatría

**10/10/2015**

Paciente al momento con mucosas orales hidratadas, leves edemas palpebrales, tórax expandible, abdomen globoso distendido no doloroso con ruidos hidroaereos presentes y extremidades superiores e inferiores con edema leve. Aporte calórico: 68.40 kilocaloría / kilogramos/día más dieta general. Se observa nueva indicación médica seno materno más dieta para la edad con dos huevos, Fórmula de F 100 administra 143 mililitros cada 4 horas vía oral.

Basándonos en los cuidados de enfermería direccionados a la patología, para administrar la formula F100 se lo debe realizar gradualmente bajo vigilancia de lo contrario, se puede presentar una insuficiencia cardíaca generalmente entre 2 y 7 días. Previamente a la administración de la formula F100 se debe cumplir con 2 requisitos fundamentales que son tener apetito (termina las comidas de cada 4 horas de F 75) y disminuido o desaparecido los edemas.

- **Formula F 100:** *En las primeras 48 horas deberá administrar F100 cada 4 horas la misma cantidad que le ofreció de F75 en la última toma. No se deberá incrementar dicha cantidad por 2 días. Luego el 3 día se deberá incrementar cada alimentación en 10 ml siempre que el niño termine lo que se le ofrece. Si la niña no termina una comida, se le deberá ofrecer la misma cantidad en la próxima comida, luego si termina la misma,*

*incremente en 10 ml. Siga incrementando hasta que el niño deje parte de la comida en la mayoría de sus tomas (generalmente cuando la cantidad alcanza 30 ml/kg por comida). Vigile el pulso y la frecuencia respiratoria. Si las respiraciones se incrementan en más de 5 respiraciones/ minuto y el pulso en más 25 latidos/ minuto en dos lecturas sucesivas en 4 horas, reducir el volumen por comida (Dar F100 cada 4 horas a 16 ml/kg/ración en 24 horas, después 19 ml/kg/ración por 24 horas, después 22 ml/Kg/ración por 48 horas, y después incrementar cada ración en 5-10ml) Después de la transición la niña puede alimentarse libremente con F100 hasta un límite superior de 220 kcal/kg/día. Información tomada de Manejo Integral "CLAPSEN" De La Desnutrición Infantil - Protocolos Médicos Pediatría.*

**11/10/2015**

Paciente al momento activa, consiente, leve edema palpebral, mucosa oral húmeda, abdomen globoso distendido no doloroso con ruidos hidroaereos presentes y extremidades superiores e inferiores sin edema. Paciente presenta buena tolera a la fórmula F100 no presenta vomito ni diarrea. Aporte calórico 98.18 kilocaloría / kilogramos /día, balance hídrico positivo 550 mililitro y diuresis horaria de 3.86 mililitros.

- *Manejo de enfermería: Desde el inicio se encarga de dar confort, mantener la temperatura del ambiente entre 20-25°C, cubrir las saliencias óseas, control de signos vitales, control de peso diario al inicio, posteriormente cuidar el aporte de alimentación, velar que sea un momento de placer y estimular al niño. Educación. - se orienta sobre higiene, medio ambiente, desarrollo, organización del hogar, regulación de la concepción, crecimiento, valor de alimentos, salud oral, evitar infecciones. Información tomada de Manejo Integral "CLAPSEN" De La Desnutrición Infantil - Protocolos Médicos Pediatría.*

Resalta la calidad de accionar del personal de enfermería en paciente pediátrico mediante el plan de atención de enfermería individualizado, correcto y sistemático además la importancia de la educación al paciente, familia y comunidad.

**12/10/2015**

Paciente en buen estado general no presenta edemas con aporte calórico 122.05 kilocaloría / kilogramos /día.

Basándonos en los cuidados de enfermería direccionados a la patología, como personal de enfermería debemos enfocarnos en la educación minuciosa de la madre y la familia para prevenir recaídas, para ello se debe educar y realizar prácticas sobre la lactancia, alimentación complementaria, preparación de los alimentos en casa, estimulación, administración de medicación en casa, signos y síntomas de alarma que produzca una atención médica inmediata.

- **Criterios de alta:** *Se considera recuperado cuando tiene peso talla dentro el percentil normal, Desarrollo psicomotor >85%, Ecografía del timo >350mm<sup>2</sup>, Albumina >3gr, Prealbumina >20 mg/ dl, Tranferrina >200mg/dl, Hb >11,8g/dl, pliegue cutáneo >25P, IMC >5P. Vacunas completadas, madres y/o apoderados reciben educación y aprueban examen de: Higiene (salud ambiental), Valor de alimentos, Alimentación en el embarazo, Alimentación complementaria, Leche materna, Organización del hogar, Salud oral, Regulación de la concepción, Forma de evitar infecciones. Información tomada de Manejo Integral "CLAPSEN" De La Desnutrición Infantil- Protocolos Médicos Pediatría.*

El personal de salud debe proporcionar los conocimientos necesarios para reincorporar al paciente a su medio habitual, aportándole las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación clínica legal pertinente para su salida del centro hospitalario.

**13/10/ 2015**

Paciente consciente, facies rosadas, no se evidencia edemas. Se notifica al nutricionista para indicación de dieta para el alta. Se observa nuevas indicaciones médicas: Alta, Seno materno, Fórmula de F100 150 mililitros cada 4 horas vía oral, multivitaminas más minerales 50 mililitros vía oral diario. Se entrega medicación y hoja de contra referencia.

Al analizar la intervención de enfermería se observó escaso número de registro en la historia clínica de la paciente como son las actividades de cuidados básicos (higiene, alimentación y movilización), debido a que éstos cuidados están delegados a los auxiliares de enfermería, personal que está poco habituado a registrar sus actividades.

En cambio, con los procedimientos propios de enfermería como la canalización de vía periférica, control de signos vitales, control de peso y talla, control ingesta y excreta, administración de fármacos prescritos, ejecución de exámenes e interconsultas se hallaban en mayor frecuencia de registro. En este caso se observó que no se realizó una adecuada educación a la madre y familiares; atribuyendo esto a la gran demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo y falta de personal.

### **3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Toda la información que no se pudo obtener en la historia clínica, se la obtuvo a través de una entrevista a la madre con el fin de recuperar toda la información, especificando cada detalle acontecido con la trascendencia de la enfermedad, dicha entrevista se la elaboró teniendo como base los patrones funcionales de Marjory Gordon, para posteriormente realizar la priorización de los problemas en base a la pirámide de Maslow y poder enfocar los cuidados de enfermería correspondiente.  
**(Anexo 24)**

## **TEORIZACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración de enfermería eficaz.

Define once patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

- Basándose en las necesidades de mi paciente podríamos enfocarnos en mejorar la calidad de vida de la paciente y familiares. El entorno en el que vive mi paciente es inadecuado, lleno de carencias afectivas ya que cuenta con poca atención por parte de su madre debido al trabajo.

## **VALORACIÓN DE ACUERDO A LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD**

Este patrón describe cómo el niño percibe y maneja todo lo relacionado con su salud y bienestar. (Marjory Gordon 1982).

Este patrón está alterado ya que el estado de salud de la niña es malo, existe un inadecuado cuidado por parte de sus padres, considerándose una niña maltratada, al presentar una desnutrición crónica, infecciones y anemia. El bajo nivel socioeconómico e instrucción de los padres nos permite deducir que pueden coexistir otros factores como la falta de preocupación de la higiene personal, vivienda, vacunación, prevención de accidentes del hogar.

## **PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO**

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. (Marjory Gordon 1982)

Este patrón también se encontró alterado pues el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de la niña eran inadecuados, lo cual se manifiesta en una desnutrición crónica con un peso 6.4 kg, talla 69 cm e índice de masa corporal 13.4 los cuales están por debajo de lo esperado para la edad y sexo de la paciente además presenta cabello quebradizo, piel despigmentada con dermatitis, las mucosas orales pálidas y deshidratadas. La niña inició la ablactación a los 5 meses, pero de forma incorrecta ya que la dieta era igual al resto de los miembros del hogar lo cual viola el número de comidas, el horario, el tipo de alimentos que debe contener de la dieta de un lactante que inicia su ablactación.

## **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones (Marjory Gordon 1982)

El patrón está alterado ya que se presentaron vómitos, diarreas acuosas y abundantes que causan deshidratación, además, se presentó una reducción de la diuresis inicialmente, con una sola micción recogida por la enfermera en la historia clínica. Posteriormente la micción es abundante hasta 6 veces al día, las deposiciones diarreicas de los 2 primeros días se hacen sólidas la mayoría de las ocasiones y llegan a ser únicas al día. (**Anexo 11, 13,19, 20, 21, 23**)

## **PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO**

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. (Marjory Gordon 1982)

Este patrón se encuentra alterado ya que la paciente muestra limitación en la movilidad por presencia de edema ++/+++ en extremidades superior e inferior. La paciente se muestra desinteresada en realizar actividades la mayor parte del tiempo pasa en brazo de la madre. Madre refiere que la niña presenta irritación al manejo además refiere que gatea ocasionalmente. (Anexo 11, 13,16 y 23).

### **PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO**

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos (Marjory Gordon 1982)

Este patrón se encontró alterado, la paciente en los primeros 6 días de hospitalización muestra problemas para conciliar el sueño, la madre refiere que la paciente se despierta muchas veces por la noche con llanto. (**Anexo 12 y 23**)

- El estudio científico señala que; *La malnutrición se manifiesta con irritabilidad, alteración del sueño, astenia, falta de interés y, incluso, puede provocar un retraso psicomotor.* (Hernández, 2013)

### **PATRÓN 6 COGNITIVO-PERCEPTIVO**

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. (Marjory Gordon 1982)



La niña estuvo consciente, no presentaba deficiencias de los sentidos (vista y oído), pero si se mostraba con irritabilidad o intranquilidad. (**Anexo 22, 23**)

### **PATRÓN 8: ROL – RELACIONES**

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo (Marjory Gordon 1982)

Paciente presenta temor a lo desconocido y permanece irritable al manejo del personal de salud. Madre refiere que la paciente presenta temor a las personas desconocidas y de acuerdo con encuesta realizada los padres salen a trabajar dejando a la niña al cuidado de los hermanos que también son menores de edad. Los padres tienen una relación regular. (**Anexos 13, 23**)

- *Los niños con padecimiento de una enfermedad y el ingreso a un centro hospitalario pueden generarles ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social y en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento, trastornos en el carácter o ciertos retrasos en el avance de sus desarrollos cognitivos.* (Noreña, 2012)

### **PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS**

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. (Marjory Gordon 1982)

La información se ha recolectado mediante entrevista realizada a la familia de la paciente, ellos refieren ser de religión Católica la cual le ayuda cuando surgen necesidades en la vida de la familia y rezan cuando se presenta un problema difícil. (**Anexo 24**)

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

Paciente de 1 año 4 meses de edad de sexo femenino nacida en Saquisilí residente en la misma que perteneciente a la provincia de Cotopaxi de religión Católica. Antecedentes prenatales: consulta 3, ecografías 3, no recibió: hierro, ácido fólico, multivitaminas e inmunizaciones. Antecedentes perinatales: producto de tercera gesta, parto céfalo vaginal en domicilio. Antecedentes posnatales: lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses. Desarrollo psicomotriz: Se sentó sola 5 meses, gateo 6 meses, monosílabos 8 meses, bisílabos 9 meses y camino al año de edad. Hábitos alimentarios 2 veces al día más seno materno, micción 3 veces al día, deposición 1 vez al día. Condición socioeconómica baja, cuenta con domicilio propio y servicios básicos inadecuados. EL 27/09/2015 la paciente presento alza térmica no cuantificada desde hace 13 días por lo que el acude al centro de salud de Saquisilí donde le tratan, pero no se observa mejoría. El 30/09/2015 la paciente presenta: sed, edemas palpebrales, además en las extremidades superiores e inferiores y 6 deposiciones diarreicas de contenido líquido en abundante cantidad por lo que regresa al centro de salud, donde es nuevamente valorada y referida al Hospital Provincial General Latacunga donde es internada en el servicio de pediatría, con diagnóstico Desnutrición Calórica Proteica Severa (E4), con indicaciones: dieta para la edad, seno materno, Formula de F75, antibióticos y vitaminas más control de: peso diario, signos vitales, ingesta y excreta, calorías y dispositivo intravenoso sin heparina. 1/10/2015 La paciente no tolera a la fórmula F75 llevándole a realizar vómitos y deposiciones diarreicas en poca cantidad con un balance hídrico negativo de 248 mililitros. 2/10/2015 Finalmente tolera la dieta administrada. 3/10/2015 Paciente permanece irritable al manejo con balance hídrico negativo de 248 mililitros. 4/10/2015 Tolerancia la dieta, permanece hipoactiva e irritable con balance hídrico negativo de 203 mililitros. 5/10/2015 Realiza vómitos y deposición diarreica en la noche. Cálculo calórico 73.9 kcal/kg/día y balance hídrico negativo de 29.8 mililitros. 6/10/2015 Paciente con buena tolerancia a fórmula F 75, cálculo calórico 84 kcal/kg/día, balance hídrico

negativo de 303 mililitros y nuevas medicaciones: multivitaminas y aminoplasmal. 7/10/ 2015 Paciente permanece con edemas palpebrales y en extremidades superiores e inferiores, poca tolerancia a fórmula F75 más 1 deposición diarreica. 8/10/ 2015 Paciente con buena tolerancia a fórmula F75, edemas palpebrales y edemas en extremidades superiores e inferiores. Cálculo calórico 50.3 kcal/kg/día más dieta general, nueva medicación: Hierro elemental y se cambia la administración de medicación de vía intravenosa a vía oral. 9/10/2015 Paciente presenta leves edemas palpebrales y leves edemas en extremidades superior e inferior. Balance hídrico positivo de 550 mililitros. 10/10/2015 Presento leves edemas palpebrales, mucosas orales hidratadas, extremidades superior e inferior con edema leve. 10/10/2015 Aporte calórico: 68.40 kcal/kg/día más dieta general, nuevas indicaciones: seno materno más dieta para la edad con dos huevos, Fórmula de F 100. 11/10/2015 Paciente al momento activa con leve edema palpebral y sin edema en extremidades superiores e inferiores más buena tolerancia a la fórmula F100. 12/10/2015 Paciente tranquila con facies rasada sin edemas: palpebrales y en extremidades superior e inferior, se notifica al nutricionista para indicación de dieta para alta. 13/10/ 2015 Alta, se entrega medicación, se explica los cuidados que debe tener en el hogar y se entrega a madre las hojas de contra referencia.

## **4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

La desnutrición infantil es resultado de la ingesta insuficiente de alimentos en cantidad y calidad, la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas en los niños, entre los principales factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de padecimiento del paciente se encuentran:

### **FACTOR DE RIESGO**

**Déficit nutricional:** La paciente lleva una dieta no balanceada, caracterizada por escasa cantidad de proteínas y micronutrientes (vitaminas y minerales) y alta en carbohidratos simples y líquidos como son aguas aromáticas y coladas. La paciente en muchas ocasiones ha presentado inapetencia y vómitos lo mismo que

ha llevado a la pérdida de peso y talla. La madre refiere disponibilidad limitada de alimentos.

**Infección:** En los exámenes de laboratorio realizados se encontró que la paciente tiene el análisis de sangre de proteína C reactiva (PCR) alto, lo cual es indicador de sepsis, el tiempo de trombina normal mientras que el tiempo de tromboplastina ligeramente prolongado.

**Anemia:** La biometría hemática revelo cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, una discreta disminución del volumen corpuscular medio y de la hemoglobina corpuscular media, lo cual se corresponde con un cuadro clínico de anemia. La concentración de hemoglobina corpuscular media y las plaquetas dentro de límites normales. El conteo global de leucocitos elevado  $21,28 \times 10^3/uL$  indicando leucocitosis, con una disminución de neutrófilos por debajo de sesenta porcientos

**Factores perinatales:** Madre refiere pérdida de peso durante el embarazo motivo por el cual se puede suponer desnutrición maternal por consiguiente la paciente nació con bajo peso. La paciente es producto de tercera gesta y nacida en domicilio.

**Antecedentes posnatales:** Sostén cefálico al cuarto meses, ablactación y sedestación al quinto mes, monosílabos al octavo mes, bisílabos 9 mes y camino al 1 año de edad.

**Factores Maternos:** De 22 años de edad, con educación primaria, al momento de recolección de datos con 3 hijos, espacio intergenésico de un hijo y el otro hijo es de 2 años. Ocupación agricultora y vendedora informal con ingresos económicos bajo y no específico.

- *Las características de la madre tienen mucha importancia, se ha encontrado que el nivel educativo de las madres es negativamente asociado en la práctica de restringir la comida durante el destete. La educación de las mujeres repercute en la salud y el desarrollo de las nuevas*

*generaciones, debido a que son ellas quienes tienen la responsabilidad social del trabajo en la unidad familiar, realizando planificación y educación alimentaria, cuidados médicos, psicológicos, y pedagógicos en sus hijos e hijas. (Coronado, 2014)*

**Maltrato infantil:** (Abuso y descuido), el maltrato infantil tiene muchas formas no solo es lesión física, sexual o psicológica sino también el descuido infantil, es cuando el niño carece de elementos necesarios para su alimentación, vestido, supervisión y carencia emocional. Nuestra paciente presenta descuido por parte de sus padres la cual se manifiesta por práctica incorrecta de lactancia materna, alimentación complementaria y desconocimiento de efectos de la malnutrición en el crecimiento y desarrollo infantil.

- *La Nación Unida de los Derechos Humanos - Derechos del Niño - Artículo 19: 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. (ACNUDH, 1990)*

**Emocional, afectivo y Psicológico.** - Se ha podido evidenciar que existe poco apoyo emocional por parte de los padres y familiares hacia la paciente.

- *La presencia de la madre ejerce una influencia sobre el nivel de actividad, los niños son más activos cuando la madre está presente. De igual manera, la depresión materna o la ausencia de estímulo y afecto en el ambiente del niño están relacionados con el desarrollo de personalidades inseguras y vínculos ansiosos en el niño. (Hernández, 2013)*

**Socioeconómico:** Familia que reside en zona rural del Cantón de Saquisilí de la Provincia de Cotopaxi, la paciente es bajos recursos económicos presenta poca

disponibilidad alimentaria, padres con baja educación, entorno físico vulnerable y deficiencia en el acceso de los servicios de salud.

- *La educación de la madre, los conocimientos en salubridad y las características del hogar están asociados con la salud del niño. Encuentran que la desigualdad en la riqueza de los hogares está fuertemente asociada con el estado nutricional de los niños. (Osorio et al., 2016)*

**Entorno:** El entorno en el que convive la paciente no es adecuado para un buen crecimiento y desarrollo, ya que existen varios riesgos que pueden comprometer su salud, tras la visita domiciliar se pudo constatar que, en caso de existir algún accidente, le es dificultoso acudir a una casa de salud puesto que se encuentra lejos del domicilio. La paciente vive con el padre y hermanos en casa propia de construcción mixta de techo de eternit con los servicios básicos escasos y deficientes lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas principalmente infecciones diarreicas, creando un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición.

### **4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

En este punto se dará conocer las dificultades y facilidades que tuvo el paciente para poder ser atendido. Aspectos relacionados con la oportunidad de consulta, oportunidades geográficas de orden público, entre otros.

#### **4.3.1 OPORTUNIDAD DE CONSULTA**

En este punto cabe recalcar que la paciente acude en muy pocas ocasiones al centro de salud, donde la atención fue rápida, aunque en el primer contacto no se diagnosticó precozmente la patología, sino hasta el segundo contacto.

Hospital Provincial General Latacunga le brindan atención de manera oportuna por el personal médico y de enfermería. Tras realizar: valoraciones, examen físico y análisis respectivos se concluye ingreso al servicio de pediatría con diagnóstico de desnutrición crónica E40 kwashiorkor, D64.9 anemia y Y071 maltrato infantil.

#### **4.3. 2 ACCESO: DIFICULTADES GEOGRÁFICAS Y DE ORDEN PÚBLICO**

Con lo que respecta a la localización geográfica de la paciente para acudir a una casa de salud existe inconvenientes ya que se encuentra lejos de su domicilio y le es difícil acceder a la misma.

#### **4.3. 3 CARACTERÍSTICAS EN LA ATENCIÓN**

En el primer nivel de atención de salud no fue oportuna ya que no se diagnosticó precozmente por consiguiente la paciente no recibió el tratamiento oportuno. En la atención de segundo nivel se puede decir que recibió el tratamiento oportuno de acuerdo a las necesidades del paciente.

#### **4.3.4 OPORTUNIDADES EN LA REFERENCIA**

La oportunidad de referir al Hospital Provincial General Latacunga se la llevo de manera inmediata y eficiente.

#### **4.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS**

Con respecto a los trámites realizados para llevar a cabo las intervenciones médicas no existió ningún tipo de problema el paciente tuvo acceso a todos los servicios requeridos para su tratamiento y su pronta recuperación.

#### **4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

La utilización de los patrones funcionales permite una valoración de enfermería sistemático y premeditada con la que se obtiene una cantidad importante de datos relevantes del paciente (físico, psíquico, social y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismo; es decir, cumple todos los requerimientos exigibles de una valoración correcta para realizar una identificación de los puntos críticos de salud del paciente basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la escala de Maslow que permite priorizar problemas. (**Anexo 25**)

#### **PROBLEMAS REALES:**

- Alteración del equilibrio hidroelectrolítico con pérdida de líquidos y electrolitos por diarreas y vómitos, mucosas orales secas, irritabilidad.
- Déficit de nutrición por defecto, por insuficiente aporte de nutrientes y patrón alimenticio inadecuado para la edad de la niña, déficit de peso y talla para su edad.
- Déficit del cuidado, bajo nivel educativo de la madre.

#### **PROBLEMAS POTENCIALES:**

- Afección gastrointestinal, invasión microbiana y lesión en la mucosa intestinal, infección intestinal, deposiciones semilíquidas con presencia de sangre y moco.
- Alteración del patrón regulador por insuficiente aporte calórico energético desnutrición crónica: kwasharkor (E40), hipotermia.
- Trastorno metabólico por desnutrición crónica e ingesta escasa de alimentos, hipoglicemia.



#### 4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

PROBLEMA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Déficit de nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Control y registro de signos vitales.</li> <li>➤ Control de ingesta y excretas en cada turno.</li> <li>➤ Control de peso diario y calcular el IMC.</li> <li>➤ Controlar el consumo diario de calorías.</li> <li>➤ Fomentar la lactancia materna y no utilizar biberón.</li> <li>➤ Asistir en la alimentación durante el día y la noche.</li> <li>➤ Brindar consejería sobre la técnica de lactancia.</li> <li>➤ Administrar dieta prescrita por el nutricionista.</li> <li>➤ Evaluar la recuperación nutricional.</li> <li>➤ Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.</li> <li>➤ Verificar nivel de glucosa.</li> <li>➤ Educar sobre las necesidades nutricionales infantil.</li> <li>➤ Educar sobre la importancia del aumento peso de la paciente.</li> <li>➤ Educación a la madre sobre la importancia de la alimentación complementaria, tipos de alimentos que puede dar a su niña y adecuados hábitos nutricionales.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> Manejo Hospitalario del Niño Desnutrido Agudo</p>
Deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar el grado de deshidratación.</li> <li>➤ Vigilancia el progreso de la rehidratación, observando cada media hora durante las 2 primeras horas, luego cada hora por las siguientes 6-12 horas, registrando cada vez los signos vitales.</li> <li>➤ Vigilar síntomas de rehidratación: Retorno de las lágrimas, boca húmeda, ojos y fontanelas menos hundidas y mejoramiento de la apariencia de la piel.</li> <li>➤ Vigilar signos de sobre hidratación.</li> <li>➤ Evaluar si tolera la ingesta oral.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mantener lactancia materna cada 30 minutos y una vez aceptado, dejarlo a libre demanda.</li> <li>➤ Continuar administrando F-75 inicial.</li> <li>➤ Reemplazar con ReSoMal el volumen aproximado de pérdida a través de las heces.</li> <li>➤ Si da Resomal, administrarlo en forma alterna con la dieta líquida.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> <a href="http://www.odaalc.org">www.odaalc.org</a></p>
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reducir al mínimo la cantidad de sangre extraída para exámenes complementarios para evitar que siga disminuyendo la concentración de hematíes.</li> <li>➤ Administrar diariamente los suplementos vitamínicos.</li> <li>➤ Control de hemoglobina.</li> <li>➤ Administrar Hierro por dos meses a fin de llenar las reservas de Hierro. PERO éste no debe ser iniciado hasta que el niño empiece a ganar peso.</li> <li>➤ Fomentar la ingesta de alimentación ricos en hierro.</li> <li>➤ Administrar estrictamente la cantidad indicada de hemoderivado que se transfundirá, porque podemos provocar un aumento de la volemia y aumentar la sobrecarga cardíaca.</li> <li>➤ Observar posibles reacciones transfusionales durante y después de la transfusión.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> Manual AIEPI.</p>
Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administra medicación prescritas por el médico.</li> <li>➤ Vigilar signos y síntomas de infección.</li> <li>➤ Educación a la madre sobre medidas de higiene, esquema de vacunación y control médico.</li> <li>➤ Medidas de asepsia para evitar las infecciones cruzadas.</li> <li>➤ Mantener al niño cubierto, seco y limpio: cambiar pañales, ropa y sábanas mojadas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporciona asistencia en todas las actividades necesarias de aseo e higiene.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> Manual AIEPI.</p>
<p>Déficit de Estimulación del desarrollo psicomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coordinar el programa de rehabilitación emocional y física.</li> <li>➤ Observar la conducta del paciente a fin registra el comportamiento.</li> <li>➤ Elaborar un plan de estimulación en el área motora, coordinación, lenguaje y social.</li> <li>➤ Orientación e involucrar a los padres en la estimulación psicomotora.</li> <li>➤ Identificar los problemas de tipo psicológico y/o limitaciones físicas.</li> <li>➤ Verificar si los padres han comprendido la importancia de la estimulación física y emocional.</li> <li>➤ Educar sobre los juguetes apropiados para el niño.</li> <li>➤ Valorar alteraciones en el desarrollo motor, la coordinación, el lenguaje y la socialización.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> Manual AIEPI.</p>
<p>Difícil afectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover los vínculos afectivos de la familia hacia la paciente.</li> <li>➤ Brindar una atención con cariño.</li> <li>➤ Brindar un ambiente alegre y estimulante.</li> <li>➤ Estimular los sentidos auditivos con música infantil.</li> <li>➤ Estimular a las madres a jugar con sus niños.</li> <li>➤ Estimular la interacción madre hija.</li> <li>➤ Educar a madre y familiares sobre la necesidad y beneficios de afecto y cariño.</li> </ul> <p><b>Fuente:</b> Manejo Hospitalario del Niño Desnutrido Agudo</p>

## **4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

### **GUÍA BÁSICA DE ENFERMERÍA PARA EDUCAR A LA FAMILIA DEL NIÑO CON ALTERACIÓN CALÓRICA PROTEICA**

#### **INTRODUCCIÓN**

La guía proporcionará información de ayuda para la persona encargada de cuidar a niños con alteración calórica proteica, se tratará temas que servirán de apoyo para mejorar las condiciones de salud con el fin de evitar complicaciones y recaídas.

#### **OBJETIVOS**

##### **Objetivo general:**

- ❖ Establecer una guía educativa para los padres y familiares de niños con esta patología con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

##### **Objetivos específicos:**

- ❖ Mejorar los cuidados de los niños con alteración calórica proteica.
- ❖ Potenciar la educación de enfermería en niños con alteración calórica proteica.

#### **JUSTIFICACIÓN**

La nutrición y los cuidados adecuados en los niños juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano, el análisis del caso clínico realizado confirma que la falta de nutrientes y cuidados adecuados influyen negativamente en el desarrollo óptimo de los niños, provocando enfermedades prevenibles, por ello se ha visto la necesidad de estructurar una guía, de procedimientos orientados en la alimentación y cuidados de los niños.

## **CONCLUSIONES**

Mediante esta guía logramos mejorar la educación de enfermería hacia los padres ya que los niños constituyen uno de los grupos más vulnerables debido a su crecimiento y desarrollo, una adecuada alimentación y cuidados son esenciales para evitar enfermedades prevenibles, por este motivo es importante promover hábitos alimentarios y estilos de vida correctos.

## **RECOMENDACIONES**

Tanto padres, familiares como los profesionales de la salud deben ser un ejemplo para los niños, este proceso requiere tiempo, paciencia y educación. Se recomienda implementar más proyectos sobre la desnutrición en el país, ya que los niños son un grupo más vulnerables.

#### **IV. CONCLUSIONES**

- Al realizar el presente análisis de caso clínico y al haber identificado los puntos críticos de esta patología que son la falta de conocimientos por parte de la madre sobre los cuidados y alimentación adecuada de la paciente y la intervención tardía del centro de salud para detectar de manera oportuna la patología.
- En cuanto a las intervenciones de enfermería direccionada a la patología se puede considerar como buena, evidenciándose en la historia clínica, sin embargo, no registran la educación, estimulación psicomotriz y apoyo emocional hacia la paciente, madre y familiares. Además, falta concientizar a muchos profesionales de la importancia de registrar sus actividades de forma tan detallada como sea posible, por las implicaciones que esto tiene tanto en el tema de la calidad de los cuidados como en aspectos legales.
- El presente análisis de casos clínico, será un contribuyente de información y de ayuda, sirviendo como aporte bibliográfico para el personal de enfermería y familiares de pacientes con este tipo de patología que desee indagar sobre este tema tan importante.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Berger, K. &Thopson, R. (2008). Los primeros años de vida del niño el desarrollo cognitivo (P. 328-352). En: Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Medica panamericana.
- Blázquez, J. (2013). Alimentación y nutrición ahorro para su cuerpo y su nutrición. Madrid: Fundación Español de la Nutrición.
- Cajamarca, C. (2000). Aprende a educar y alimentar a su bebe. Bogotá: Géminis Ltda.
- Cohen, A. (2005). La formación en la alimentación del bebe. Barcelona: Editorial Piado.
- Condemarin, M. (2008). Madurez materna y su alimentación: Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Cuasapaz Román, V, L. (2013). Alimentación complementaria que brinda las madres en el hogar a los niños desnutridos menores de un año que acuden al centro de salud de la parroquia Julio Andrade, Cantón Tulcán, provincia del Carchi, de enero a junio del 2008.
- Muñoz, M. (2004). IV Jornada de actualización en pediatría. Código de la Niñez y Adolescencia. Foro por la Niñez y adolescencia. Quito: AMORA.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

- EBRARY. Food & Agriculture Organization of the United Nations. (1999). Estado de la seguridad alimentaria en el mundo. Recuperado el 22 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10018699&p00=desnutrici%C3%B3n>
- PROQUEST. Carrillo, P. (1998). Crece desnutrición infantil. Recuperado el 24 de Marzo del 2015. <http://search.proquest.com/docview/376896643/E03D86F1C74E4B47PQ/6?accountid=36765>
- PROQUEST. Estrada, D. (2008). Carestía de los alimentos agrava desnutrición infantil. Recuperado el 10 de Febrero del 2015. <http://search.proquest.com/docview/465530896/E03D86F1C74E4B47PQ/2?accountid=36765>
- Santillán, Julieta. (2013). Efectos de los factores socio-económicos y ambientales en las enfermedades respiratorias. Universidad FASTA de Argentina. Link: <http://ruc.udc.es/dspace/redalyc/handle/123456789/779>
- SCIENCEDIRECT. Arroyo, M. (2010). Protocolo de actuación en consulta de enfermería de educación para la salud. Recuperado el 13 de Marzo del 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113803221070016X>
- SCIENCEDIRECT. Cruz, A. (2004). Desnutrición en pacientes hospitalizados: prevalencia e impacto económico. Recuperado el 21 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304744619>



- SCIEDIRECT. Gimeno, L. (2009). Abordaje práctico y manejo de la desnutrición en niños de países en vías de desarrollo y experiencia profesional en un hospital rural de la República Democrática del Congo. Recuperado el 23 de Marzo del 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113803220971394X>
- SCIEDIRECT. Lima, J. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Recuperado el 12 de Febrero del 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001065>.
- SCIEDIRECT. Lobo, G. (2009). Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. Recuperado el 11 de Enero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308000547>
- SCIEDIRECT. Rojas, O. (2009). Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico”. Recuperado el 15 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001685>

## **LINKOGRAFÍA**

- Barreto, P. (2014). Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor. *Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia*. Link:[http://ruc.udc.es./dspace/ Users /779-1999-1-PB/BarretoBedoya\\_Paola PB%20\(1\).pdf?sequence=365](http://ruc.udc.es./dspace/ Users /779-1999-1-PB/BarretoBedoya_Paola PB%20(1).pdf?sequence=365)
- Campos, J. (2012). Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. *Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría*.

Link:[http://ruc.udc.es./dspace/bistream/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=70272&ideccion=1755&id/CamposCaveda\\_Jennifer\\_redalyc.org/articulo.oa?id=367](http://ruc.udc.es./dspace/bistream/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=70272&ideccion=1755&id/CamposCaveda_Jennifer_redalyc.org/articulo.oa?id=367)

- Campo, R. (2015). Desnutrición: Desarrollo Psicomotor. Pontifical University Javeriana de Colombia.  
Link: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2796162](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2796162)
- Díaz, M. (2014). Fiebre en el lactante y niño pequeño. *Hospital Pediátrico Universitario Juan M. Márquez de Cuba*.  
Link:[http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/sitios/pediatria/fiebre\\_en\\_el\\_lactante\\_y\\_niño\\_pequeno.pd](http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/sitios/pediatria/fiebre_en_el_lactante_y_niño_pequeno.pd)
- Fernández, M. (2014). Hospitalización pediátrica y afrontamiento de la ansiedad infantil.  
Link:<http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/13/26/17/1326173544693998>
- Garcis, C. (2013). Diarrea asociada a clostridium difficile: características clínicas y epidemiológicas. *Universidad autónoma Del Estado De México*.  
Link:[http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59/GarcisApac\\_Coralith / /articulo.oa?sequence=96](http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/php?script=sci_arttext&pid=S1728-59/GarcisApac_Coralith / /articulo.oa?sequence=96)
- Gea, E. (2013). Mortalidad Por Neumonía En España. *Universidad Internacional SEK*.  
Link: [http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/arttext&pid=S2072-929/Gea-Izquierdo\\_Enrique -articuloBasic.oa?id=32](http://ruc.udc.es./dspace/redalyc/arttext&pid=S2072-929/Gea-Izquierdo_Enrique -articuloBasic.oa?id=32)
- Gutiérrez, D. (2012). Interdependencia en lactantes mayores hospitalizados en el servicio de pediatría fundación cardioinfantil. *Universidad de La Sabana*.  
Link:<http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/3834>

- Hernández, N. (2013). Desnutrición: desarrollo psicomotor. *Universidad Del Valle*.  
Link: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5604>
- Lázaro, R. (2012) Guía de atención integral al paciente desnutrido en el Servicio de Urgencias. *Hospital Pediátrico Universitario "William Soler"*. México  
Link: <http://revgastrohnp.univalle.edu.co/a03v5n1/a03v5n1art11.pdf>
- Noreña, A. (2012). El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades N° 23*.  
Link: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6683/1/CC\\_23\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6683/1/CC_23_09.pdf)  
[http://ruc.udc.es/dspace/redalyc/sitios/pediatria/fiebre\\_en\\_el\\_lactante\\_y\\_nino\\_pequeno.pdf](http://ruc.udc.es/dspace/redalyc/sitios/pediatria/fiebre_en_el_lactante_y_nino_pequeno.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos, *United Nations*. Recuperada en Junio 15, 2009, del sitio Web *temoa : Portal de Recursos Educativos Abiertos (REA)* en <http://www.temoa.info/es/node/19618>.
- Osorio, A. (2016). Influencia del contexto socioeconómico de la comunidad sobre la desnutrición infantil en Colombia. *Pontifical University Javeriana de Colombia*.  
Link: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2796162](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2796162)
- Realpe, A. (2013). Desnutrición severa tipo kwashiorkor. Universidad del Valle de Colombia. Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/redalyc/> Mortalidad por neumonía en España/ Gea-Izquierdo\_Enrique - articuloBasic.oa?id=361333627005

- Roldan, M. (2014). La curiosidad de los niños. *Universidad de Barcelona*.  
Link:<http://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/conducta/ninos-curiosos-la-curiosidad-de-los-niño>
- Zorrilla, M. (2011). El juego en la infancia. *Universidad de Chile*.  
Link:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000500014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000500014)

### **BIBLIOGRAFIA DE LA GUÍA**

- Aguirre P., (2015), Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. En: «La obesidad en la pobreza: un nuevo reto a la salud pública». OPS. Publicación Científica 576. Washington DC.
- Amador, M., (2014), La obesidad en la adolescencia. En «La obesidad en la pobreza». OPS. Publicación Científica 576. págs. 125-126.
- Amigo, H., «Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos». *Cad. Saúde Pública* vol.19 suppl.1. Río de Janeiro, 2011

## VII ANEXOS

### Anexo 1 BIOMETRÍA HEMÁTICA

#### HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

ID Muestra: 30 Rack: Tubo: 30/09/2015 13:53:40

ID. Pac: 11111 Sala: Dr:

Coment: EMERGENCIA ID analizador: XS-1000 63996

Positiva: Diff. Morfo.

Cont BIOMETRÍA HEMÁTICA

WBC	21.28 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	3.88	[ 10 <sup>6</sup> /uL]	
HGB	10.4	[g/dL]	
HCT	31.0	[%]	
MCV	79.9 -	[fL]	
MCH	26.8	[pg]	
MCHC	33.5	[g/dL]	
PLT	437 +	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	48.4	[fL]	
RDW-CV	18.2 +	[%]	
MPV	8.1 -	[fL]	
NEUT	11.65 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	54.7 * [%]
LYMPH	9.23 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	43.4 * [%]
MONO	0.38 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	1.8 * [%]
EO	0.00 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	0.0 * [%]
BASO	0.02 *	[ 10 <sup>3</sup> /uL]	0.1 * [%]

LABORATORISTA MSP. L.3 F.

#### Interpretación:

La biometría hemática revelo cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, una discreta disminución del volumen corpuscular medio y de la hemoglobina corpuscular media, lo cual se corresponde con un cuadro clínico de anemia. La concentración de hemoglobina corpuscular media y las plaquetas dentro de límites normales. El conteo global de leucocitos elevado 21,28 x10<sup>3</sup>/uL indicando leucocitosis, con una disminución de neutrófilos por debajo de sesenta por ciento.

**Anexo 2. HEMATOLOGIA**

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA**

**SERVICIO:** HOSPITALADOS

**TURNO:** 36

**MEDICO:** PEDIATRA

**FECHA:** 01-OCT-2015 12:01

**FECHA IMP:** 01-OCT-2015 14:04

**EDAD:** N/D

**GÉNERO:** F

**COMENTARIO:**

**NOTA:** JUVINILES 3%

**HEMATOLOGIA**

**FECHA VALIDACION:** 01/10/2015 11:29:00

<b>NOMBRE DEL ESTUDIO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>RANGO DE REFERENCIA</b>
VELOCIDAD DE ERITRO SEDIMENTACION 1H	22 mm/hora	Niños: 0-13 Hombres: 0-7 Mujeres: 0-7 Embarazadas: 0-25
GLOBULOS BLANCOS	16.6 K/ul	5 – 10
NEUTROFILOS%	60 %	40 – 70
LINFOCITOS%	33 %	20 – 45
MONOCITOS%	2 %	0 – 12
EOSINOFILOS%	2 %	0.5 – 4
BASOFILOS%	0.01 K/ul	0 – 2
NEUTROFILOS	2.04 K/ul	1.8 - 6.5
LINFOCITOS	8.68 K/ul	0.8 – 4.5
MONOCITOS	5.76 K/ul	0 – 1.8
EOSINOFILOS	0.08 K/ul	0 – 1.8
BASOFILOS	0.03 %	0 – 0.2
RECUENTO DE G. ROJOS	3.33 M/ul	4 – 5
HEMOGLOBINA	8.6 g/dl	12 – 16
HEMATOCRITO	27.6 %	37 – 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	83 fl	79 - 101
HB CORPUSCULAR MEDIA	25.9 pg	26 – 33
CONCENTRACION HBCORPUSCULAR	31.2 g/dl	30 – 36
ANCHO DE DISTRIBUCION G. ROJOS	14.8 %	11 – 16
PLAQUETAS	420 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO	7.0 fl	5 – 13

LABORATORISTA MSP. L.3 F.

**Interpretación:**

En esta biometría hemática aparecen valores de la velocidad de eritrosedimentación altos, de glóbulos blancos totales, linfocitos, monocitos lo que serían indicadores de sepsis. El conteo global de leucocitos elevado  $21,28 \times 10^3/uL$  indicando leucocitosis, con una disminución de neutrófilos por debajo de 60 por ciento. También reveló cifras bajas de hemoglobina y hematocrito, el volumen corpuscular medio y de la hemoglobina corpuscular media, las plaquetas dentro de límites normales.

### Anexo 3 QUÍMICA

#### HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

QUÍMICA

FECHA VALIDACIÓN: 01/10/2015 12:03:00

<b>NOMBRE DEL ESTUDIO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>RANGO DE REFERENCIA</b>
HDL COLESTEROL	15 mg/dl	35 - 60

LABORATORISTA MSP. L.3 F.

#### **Interpretación:**

El valor del HDL colesterol se encontró dentro de los límites normales. A pesar de que las concentraciones de colesterol total, colesterol de las LDL y HDL en plasma disminuyen a medida que aumenta la gravedad de la desnutrición.



## Anexo 4. QUÍMICA

### HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

**SERVICIO:** HOSPITALADOS  
**MEDICO:** PEDIATRA

**TURNO:** 36  
**FECHA:** 01-OCT-2015 12:01  
**FECHA IMP:** 01-OCT-2015 14:04

#### QUÍMICA

**FECHA VALIDACION:** 01/10/2015 12:03:00

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
FOSFATASA ALCALINA	233 U/ml	ADULTOS 50 - 136 0 - 16 AÑOS 85 - 400 0 - 16 AÑOS 30 - 115
TGP	87 U/L	22 - 57
AMILASA EN SUERO	35 U/L	23 - 100
TGO	38 U/L	10 - 36
BUN	9 mg/dl	7 - 18
COLESTEROL TOTAL	190 mg/dl	0 - 200
CORO EN SUERO	109 REPETIDO mmol/dl	98 - 107
CREATININA	0.5 mg/dl	0.6 - 1.3
BILIRRUBINA DIRECTA	0.2 mg/dl	0 - 0.3
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	149 U/L	5 - 85
GLICEMIA BASAL	60 REPETIDO mg/dl	70 - 100
POTASIO EN SUERO	1.9 REPETIDO mmol/L	3.1 - 5.1
LIPASA	NHR U/L	0 - 190
SODIO EN SUERO	137 mmol/L	135 - 145
BILIRRUBINA TOTAL	0.4 mg/dl	0 - 1.1
TRIGLICERIDOS	218 mg/dl	0 - 150
ACIDO URICO EN SUERO	3.3 mg/dl	2.6 - 7.2
LDLCOLESTEROL	131 mg/dl	0 - 150
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.2 mg/dl	0 - 0.6

LABORATORISTA MSP. L.3 F.

#### Interpretación:

En este examen se encontró que la paciente tiene valores altos de TGP y TGO que evalúan la función hepática como deficiente.

## Anexo 5. SEROLOGÍA

### HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

SEROLOGÍA

FECHA VALIDACION: 01/10/2015 11:18:00

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
PCR	POSITIVO ++ mg/l	Menor a 6
TP	14 seg	12 – 14 seg
TTP	38 seg	25 – 35 seg

LABORATORISTA

MSP. L.4 F.78 N°152

#### Interpretación:

En este examen se encontró que la paciente tiene un PCR alto, lo cual es indicador de sepsis, el tiempo de trombina normal mientras que el tiempo de tromboplastina ligeramente prolongado.

**Anexo 6. SEROLOGÍA**

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA**

**SERVICIO:** HOSPITALADOS

**TURNO:** 30

**MEDICO:** PEDIATRA

**FECHA:** 02-OCT-2015 8:17

**FECHA IMP:** 02-OCT-2015 13:59

**EDAD:** N/D

**GÉNERO:** F

**COMENTARIO:**

**NOTA:** SUERO QUILOSO

**SEROLOGIA**

**FECHA VALIDACION:** 02/10/2015 11:07:00

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
HIV (IMMUNOCROMATOGRAFIA PRUEBA RÁPIDA)	NO REACTIVO	

LABORATORISTA

MSP. L.04 F.78

**Interpretación:**

En este examen se encontró que la paciente tiene una Immunocromatografía, para Virus Sida negativo

## Anexo 7. QUÍMICA

### HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

SERVICIO: HOSPITALADOS

TURNO: 41

MEDICO: PEDIATRA

FECHA: 05-OCT-2015 8:19

FECHA IMP: 05-OCT-2015 12:53

EDAD: N/D

GÉNERO: F

COMENTARIO:

NOTA: SUERO QUILOSO

#### QUÍMICA

FECHA VALIDACION: 01/10/2015 11:18:00

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
HDL COLESTEROL	10 mg/dl	35 - 60
ALBUMINA EN SUERO	0.9 g/dl	3.5 - 5
COLESTEROL TOTAL	185 mg/dl	0 - 200
TRIGLICERIDOS	674 mg/dl	0 - 150
PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO	4.1 g/dl	6.4 - 8.2
LDL COLESTEROL	145 mg/dl	0 - 150

LABORATORISTAS. L.3 F.5 N°14

**Interpretación:** El valor del HDL colesterol se encontró disminuido en relación con los valores normales. Las concentraciones de colesterol total, colesterol de las LDL estuvieron dentro de los límites normales en plasma disminuyen a medida que aumenta la gravedad de la desnutrición. Los valores de triglicéridos elevados. Los valores de las proteínas totales y de la albúmina sérica disminuidos lo que explica el cuadro edematoso.

## Anexo 8. ESCALA DE SILVERMAN

### ESCALA DE MEDICIÓN DE SILVERMAN, SIN ASFIXIA NI DIFICULTAD RESPIRATORIA.

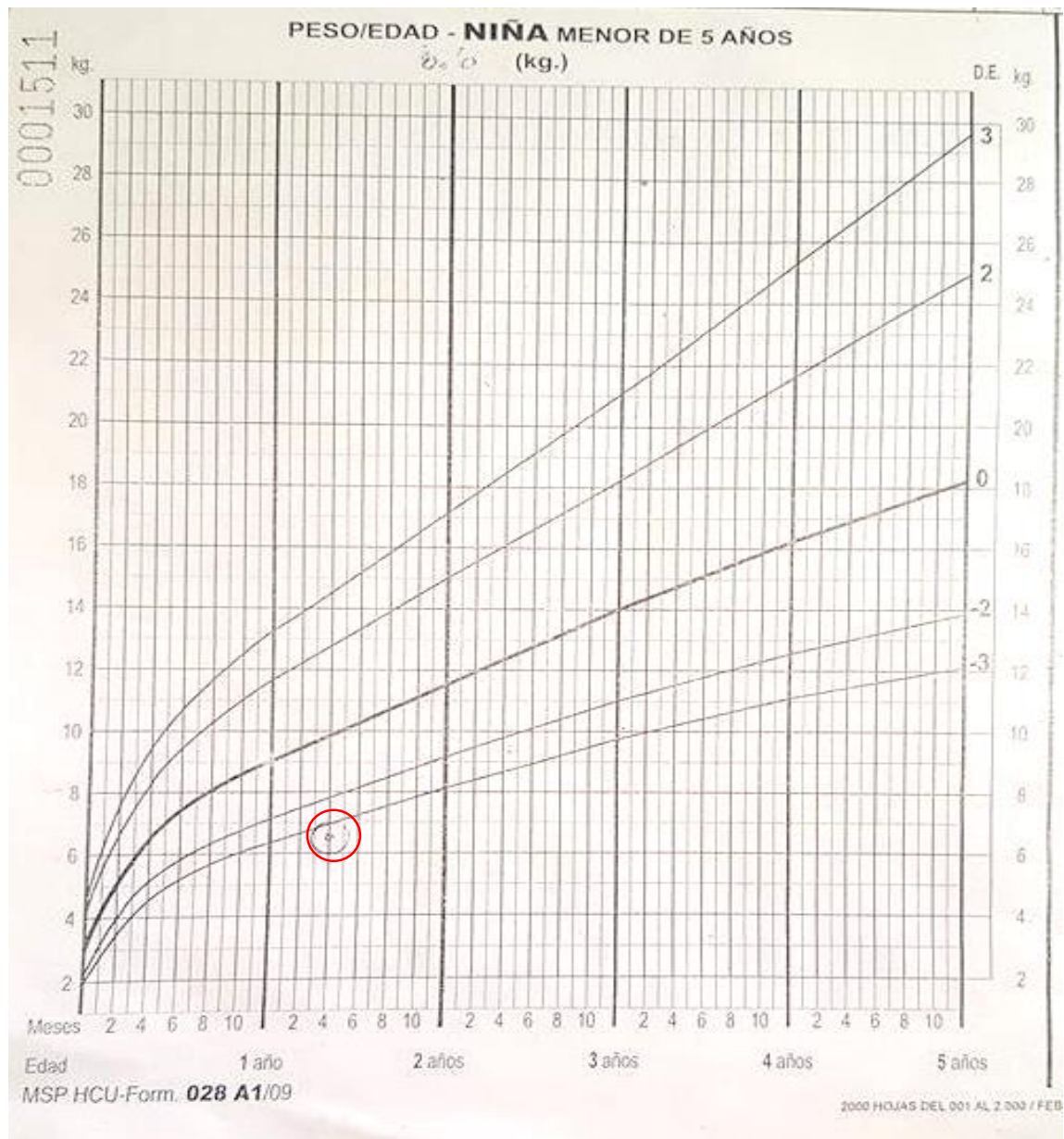
SIGNOS	2	1	0
<b>Quejido espiratorio</b>	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
<b>Respiración nasal</b>	Aleteo	Dilatación	Ausente
<b>Retracción costal</b>	Marcada	Débil	Ausente
<b>Retracción esternal</b>	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
<b>Concordancia toraco-abdominal</b>	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

Puntaje	Interpretación
0 puntos	Sin dificultad respiratoria
1 a 3 puntos	Con dificultad respiratoria leve
4 a 6 puntos	Con dificultad respiratoria moderada
7 a 10 puntos	Con dificultad respiratoria severa

**Fuente:** Ibarra Fernández, Antonio José (2007). «Valoración de la ventilación». Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales.

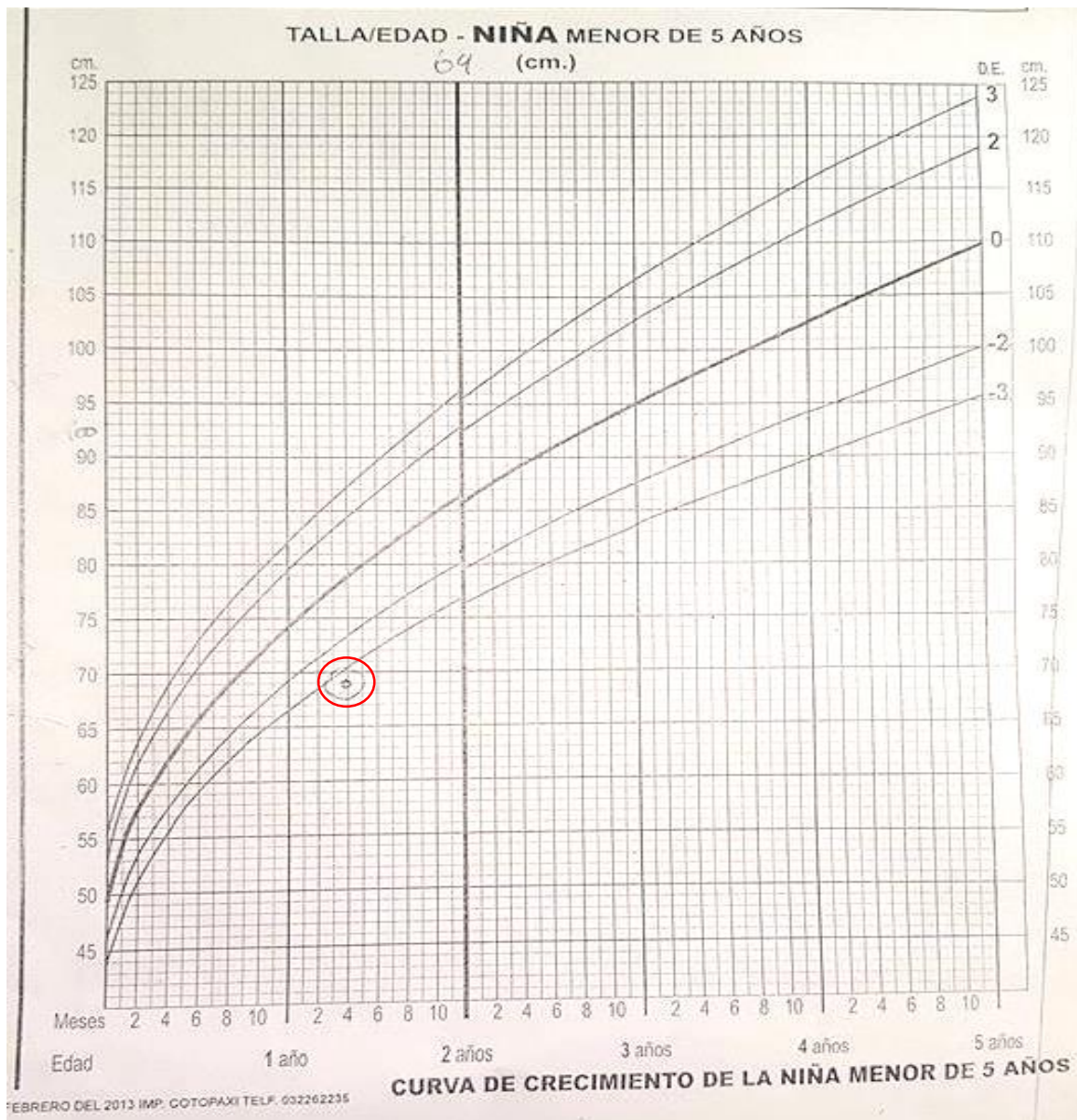
## Anexo 9. CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



**Interpretación:** la información relevada, muy Bajo Peso: menor o igual a z-3

**Fuente:** MSP Ecuador, (2010). Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña.

## CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

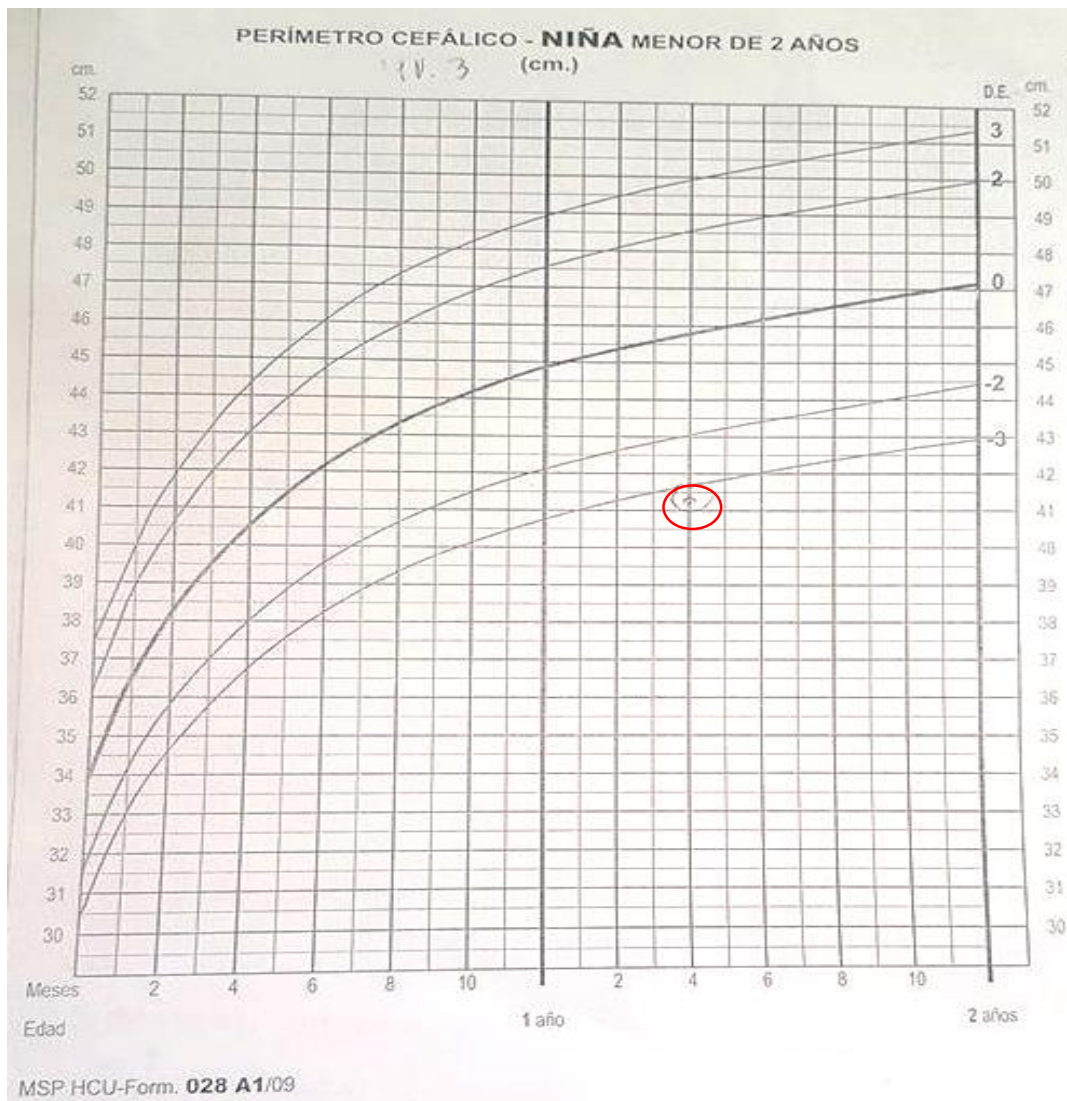


**INTERPRETACIÓN:** la información relevada la Talla Muy Baja: igual o menor a  $z -3$ .

**Fuente:** MSP Ecuador, (2010). Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña.



## CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



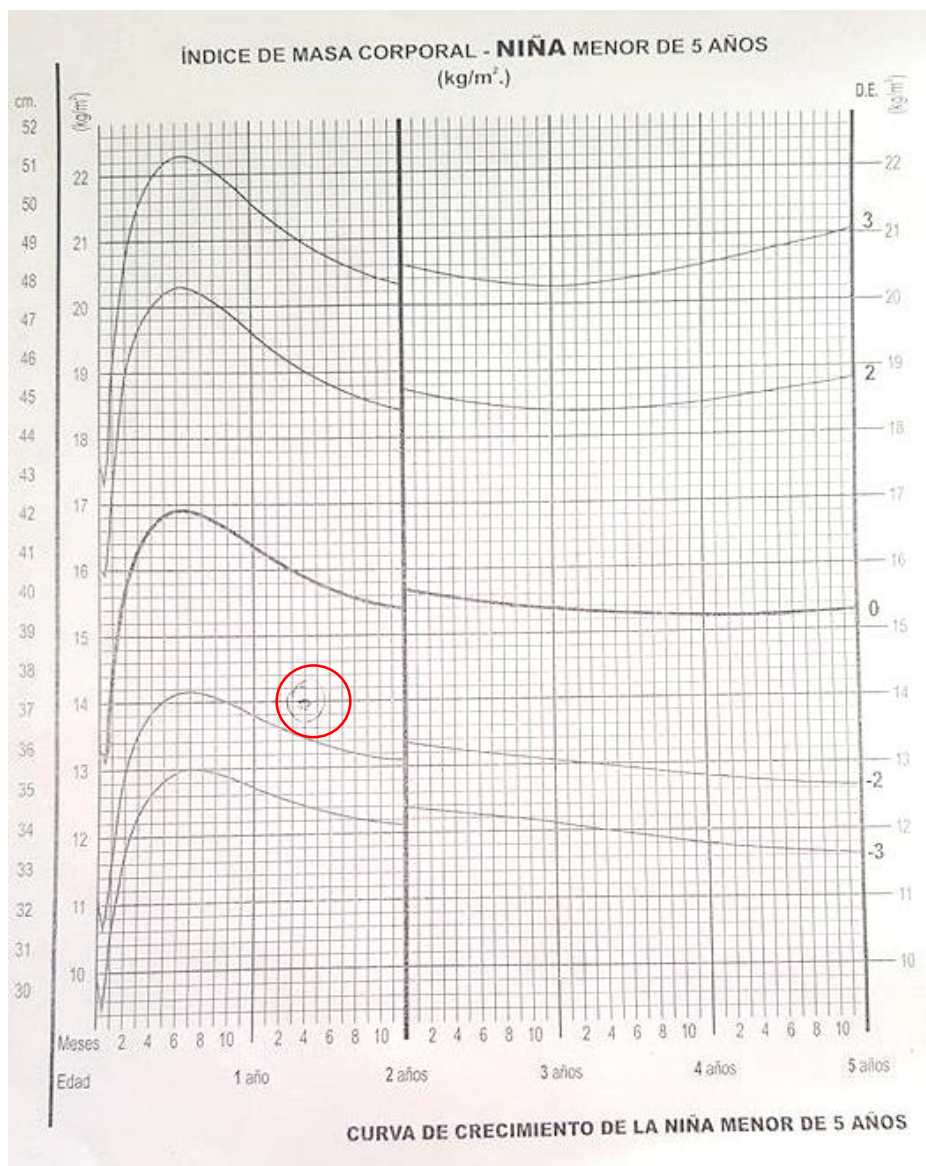
### Interpretación

El perímetro cefálico de la niña es inferior al tercer percentil

**Fuente:** MSP Ecuador, (2010). Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña.



## CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



**Interpretación:** la información relevada, Muy Bajo Peso: menor o igual a  $z -3$ , El sistema de clasificación de la desnutrición determina que los niño y niñas con puntos de corte  $< -3$  puntuación Z presenta desnutrición grave

**Fuente:** MSP Ecuador, (2007). Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña.

## Anexo 10. RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO

### "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

AFIRMACIÓN	SI	NO
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puedo comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0

**TOTAL: 11 PUNTOS**

**Interpretación:** Sume la puntuación de las respuestas obtenidas y compruebe sus resultados:

- Si su puntuación es de 0 a 2: Sus hábitos de alimentación son buenos.
- Si su puntuación es de 3 a 5: Su riesgo nutricional es moderado. Es necesario tomar medidas para mejorar sus hábitos alimentarios y estilo de vida

Si su puntuación es de 6 o más: ¡Atención! Está en una situación de riesgo nutricional alto. Consulte con su psicólogo, médico o especialista en dietética llevándole las respuestas de este cuestionario para mejorar su estilo de vida y salud nutricional.

# Anexo 11. CONDUCTAS CUMPLIDAS A LOS 18 MESES

		12	13	14	15	16	17	18	SI	NO	DUPOS
<b>MOTORA</b>	Se para solo*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Camina bien, solo, sin ayuda		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trepa a muebles o escalones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COORDINACIÓN</b>	Introduce objetos pequeños en frascos o botellas*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Imita gestos con las manos*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bebe de la taza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOCIAL</b>	Juega solo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Palabra frase. Nombra objetos*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Señala dos partes de su cuerpo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LENGUAJE</b>	Cumple órdenes sencillas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Garabatea espontáneamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Conductas cumplidas a los 18 meses

### Perfil y resumen de las conductas del niño/a a la edad señalada.

**Perfil**  
Etapas de incorporación a la familia, comenzando el desarrollo de su identidad. Emite frases simples y acata órdenes sencillas. Mejora el equilibrio y la coordinación para las actividades motoras. Adquiere destrezas manuales más complejas.

#### Conductas que pueden iniciarse antes de los 18 meses

- Salta en el lugar. Lanza la pelota
- Patea la pelota. Corre
- Construye torre de dos o más cubos
- Colabora cuando lo desvisten
- Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido
- Ayuda en tareas simples de la casa
- Comprende nombres completos y órdenes simples

#### Alerta

- Deambulación sin sentido\*
- Contacto ocular pobre
- No trae objetos para mostrarlos
- Fija la atención en detalles insuales
- No tiene intención comunicante, parece no escuchar
- Hipersensibilidad a los ruidos
- Persistentes dificultades notorias en la alimentación y/o el sueño

#### Anticipar a los padres

- Que comenzará a controlar esfínteres principalmente de día
- Que aprenderá hábitos de higiene (lavarse y secarse las manos)
- Que jugará con otros niños/as

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_  
 Num. HC: \_\_\_\_\_

Resultados	Normal	Reevaluación	Pase Especialista
Lenguaje		X	
Social		X	
Coord.		X	
Motora		X	

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## **ALERTA A LOS 18 MESES**

**Deambulaci3n sin sentido.** El ni1o se desplaza por diferentes lugares de la casa pero sin un fin o prop3sito, est1 “en su mundo”.

**Contacto ocular pobre.** El contacto ocular no es sostenido durante todo el tiempo que dura la interacci3n con el otro, es fugaz, evitativo la mayor parte del tiempo.

**No trae objetos para mostrarlos.** Durante el juego el ni1o lleva y trae objetos a otros ni1os o adultos, pero sin una interacci3n con el otro, la persona es vista o considerada como un objeto m1s, no se detiene a fijar la mirada en el rostro del interlocutor cuando entrega el objeto.

**Fija la atenci3n en detalles inusuales.** Por ejemplo, al tomar un auto presta atenci3n a ciertos detalles como las ruedas y puede pasar mucho rato manteniendo la misma actitud. Esto se repite con otros juguetes u objetos.

**No tiene intenci3n comunicante, parece no escuchar.** No atiende cuando se le habla, sigue en “lo suyo” como si no escuchara.

**Hipersensibilidad a los ruidos.** Le molestan ruidos que no tienen una intensidad exagerada y por otro lado no responde cuando se le habla, como si no escuchara.

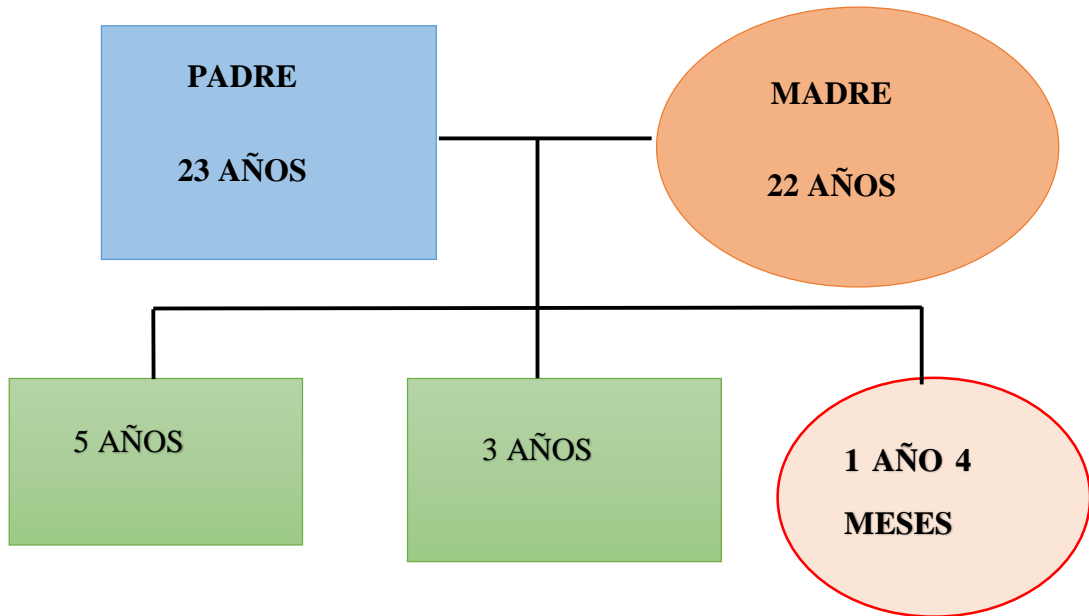
**Persistentes dificultades en la alimentaci3n y/o el sue1o.** Problemas para conciliar el sue1o, o se despierta varias veces en la noche. Problemas para alimentarse, rechazo del alimento.

## Anexo 12. ESCALA DE ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN LA INFANCIA

		1	2	3	4	5
1	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9-11	8-9	7-8	5-7	<5
2	¿Cuánto tarda en dormirse?(minutos)	<15	15-30	30-45	45-60	>60
En la puntuación de las siguientes respuestas valore de esta forma:						
0= Nunca						
1= Ocasionalmente (una o dos veces al mes o menos)						
2= Algunas veces (una o dos por semana)						
3= A menudo (de tres a cinco veces por semana)						
4= Siempre (diariamente)						
3	Se va a la cama de mal humor				0	1 2 3 4
4	Tiene dificultad para coger el sueño por la noche				0	1 2 3 4
5	Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido				0	1 2 3 4
6	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse:				0	1 2 3 4
7	Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse				0	1 2 3 4
8	Tiene escenas de "sueños" al dormirse				0	1 2 3 4
9	Suda excesivamente al dormirse				0	1 2 3 4
10	Se despierta más de dos veces cada noche				0	1 2 3 4
11	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse				0	1 2 3 4
12	Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama				0	1 2 3 4
13	Tiene dificultades para respirar durante la noche				0	1 2 3 4
14	Da boqueadas para respirar durante el sueño				0	1 2 3 4
15	Ronca				0	1 2 3 4
16	Suda excesivamente durante la noche				0	1 2 3 4
17	Usted ha observado que camina dormido				0	1 2 3 4
18	Usted ha observado que habla dormido				0	1 2 3 4
19	Rechina los dientes dormido				0	1 2 3 4
20	Se despierta con un chillido o confundido de forma que aparentemente no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente				0	1 2 3 4
21	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente				0	1 2 3 4
22	Es difícil despertarlo por la mañana				0	1 2 3 4
23	Al despertarse por la mañana parece cansado				0	1 2 3 4
24	Parece que no se pueda mover al despertarse por la mañana				0	1 2 3 4
25	Tiene Soñolencia diurna				0	1 2 3 4
26	Se duerme de repente en determinadas situaciones				0	1 2 3 4
Total						
Factores	Preguntas	Rango Normal	Puntuación			
Inicio y mantenimiento	1-2-3-4-5-10-11	9.9 +/- 3.11	11			
Problemas respiratorios	13-14-15	3.77 +/- 1.45				
Desórdenes del arousal	17-20-21	3.29 +/- 0.84				
Alteraciones transición sueño/vigilia	6-7-8-12-18-19	8.11 +/- 2.41				
Excesiva somnolencia	22-23-24-25-26	7.11 +/- 2.57				
Hiperhidrosis	9-16	2.87 +/- 1.69				

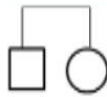
Punto de corte de trastorno global del sueño: 39.

### Anexo 13. FAMILIOGRAMA



#### SIMBOLOGÍA

MATRIMONIO



SEPARACIÓN



RELACIÓN ESTRECHA



NÚCLEO FAMILIAR



HOMBRE



MUJER



CONVIVIENTES EN EL HOGAR



Interpretación: Paciente de 1 año 4

meses, tercer hijo de matrimonio de madre de 22 años y padre de 25 años, que conviven juntos hace 5 años. De esta relación han procreado un primer hijo del sexo masculino de 5 años, segundo hijo de 3 años y un tercer hijo del sexo femenino de 1 año 4 meses, que es el caso índice que nos ocupa en la investigación.

Diagnóstico: Familia nuclear, en proceso de desarrollo y crecimiento de los hijos, con signos de disfuncionalidad.



**Anexo 14. ESCALA VALORACIÓN DE LA PIEL PERILESIALAL  
(FEDPALLA)**

	<b>Hidratación</b>	<b>Dermatitis</b>	<b>Vascularización (color de la piel)</b>	<b>Bordes</b>	<b>Depósitos</b>	<b>suma total de puntuación</b>
5	Piel normal	Piel normal	Eritema rojo	Lisos	Escamas	
4	1cm macerada	Eczema seco	Eritema violáceo	Inflamados y mamelones	Costras	
3	> 1cm macerada	Eczema exudativo	Negro-azulado-marrón	Romas o excavados	Hiperqueratosis	
2	Seca	Eczema vesiculoso	Eritema >2 cm y calor (celulitis)	Esclerosados	Pústulas sero-purulentas	
1	Seca y con esclerosis	Eczema con erosión o liquerificado	Negro (trombosado)	Necrosado	Edema, linfedema	
<b>Valor</b>	2	2	4	4	5	

Tabla II: Grados y Pronostico Epitelización

Puntos	Grado	Epitelización
entre 5 y 10	<b>IV</b>	Muy malo
entre 11 y 15	<b>III</b>	Malo
entre 16 y 20	<b>II</b>	Bueno
entre 21 y 25	<b>I</b>	Muy bueno

**INTERPRETACIÓN:** la información revela 15 lo cual determina una piel epitelización en mala condición.

Fuente: Palomar, F., FornesB., Torner A. Elaboracion y validadcion de la escala de valoración de la piel perilesional de ulceras y heridas (FEDPALLA). Fundación de investigación del Consorcio Hospital Provincial General Universitario de Valencia 2004.

### Anexo 15. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
5. ¿Siente que su familia le quiere?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>4</b>	

#### **POBLACIÓN DIANA:**

Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos

- Disfuncional leve: 0 - 2

- Disfuncional grave: 3 - 6



## Anexo 16. CUESTIONARIO DE KATZ O BREATHE

### VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	<input type="checkbox"/>
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	X
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	<input type="checkbox"/>
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	X
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	<input type="checkbox"/>
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>6</b>

### INTERPRETACIÓN

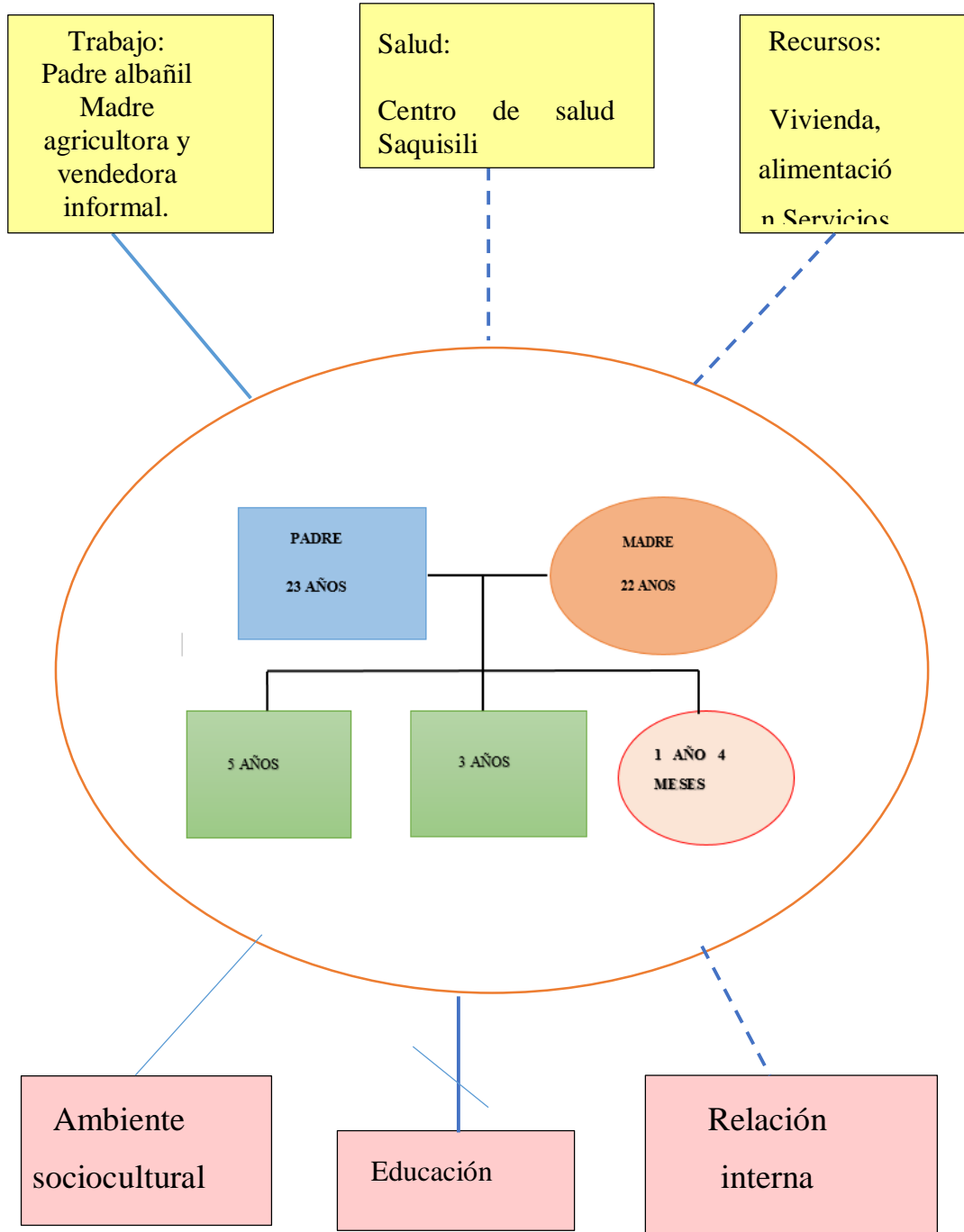
Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa

**Fuente:** Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. (2012)

### Anexo 17. ECOMAPA



## Anexo 18. TEST NORTON

ESTADO FÍSICO GENERAL		ESTADO MENTAL		MOVILIDAD		ACTIVIDAD		INCONTINENCIA		
Bueno	4	Alerta	4	Total	4	Ambulante	4	Bueno	4	
Regular	3	Apático	3	Disminuida	3	Camina con ayuda	3	Regular	3	
Malo	2	Confuso	2	Muy limitada	2	Sentado	2	Malo	2	
Muy Malo	1	Estuporoso - Comatoso	1	Inmóvil	1	Encamado	1	Muy Malo	1	<b>TOTAL</b>
3		4		3		4		14		

Presenta un rango total de 1 a 20 puntos.

Interpretación: 15 puntos, indica que la paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas.

Interpretación orientativa de la puntuación:

De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto

De 10 a 12 puntos: Riesgo alto

De 13 a 14 puntos: Riesgo medio

> De 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo

## Anexo 19. CUESTIONARIO DE BARBER

ENTREVISTA REALIZADA AL PACIENTE

CUESTIONARIO DE BARBER IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
1. ¿vive solo?	NO
2. ¿se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?	NO
3. ¿hay más de dos días a la semana que no come caliente?	NO
4. ¿necesita de alguien que lo ayude a menudo?	SI
5. ¿le impide su salud salir a la calle?	NO
6. ¿tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	NO
7. ¿tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	NO
8. ¿le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	NO
9. ¿ha estado ingresado en el hospital en el último año?	NO

**Anexo 20. CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA  
DEL CUIDADOR**

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?	0	1	2	3	4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de su otros gastos?	0	1	2	3	4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

• La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre).

\*No sobrecarga: 0-46      \*Sobrecarga leve: 47-55      \* Sobrecarga intensa: 56-88

Resultado: 47 puntos

## Anexo 21. ÍNDICE DE BARTHEL

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).</li> <li>- Necesita ayuda.</li> <li>- Necesita ser alimentado.</li> </ul>	10 5 0
<b>BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.</li> <li>- Necesita cualquier ayuda.</li> </ul>	5 0
<b>VESTIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...</li> <li>- NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.</li> <li>- DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.</li> </ul>	10 5 0
<b>ASEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...</li> <li>- NECESITA ALGUNA AYUDA.</li> </ul>	5 0
<b>USO DE RETRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.</li> <li>- NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEFECACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.</li> <li>- Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.</li> <li>- INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.</li> </ul>	10 5 0
<b>MICCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.</li> <li>- Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.</li> <li>- INCONTINENTE.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.</li> <li>- NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.</li> <li>- INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.</li> <li>- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.</li> <li>- NECESITA AYUDA física o verbal.</li> <li>- INCAPAZ de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es INDEPENDIENTE.</li> <li>- NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).</li> <li>- NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.</li> <li>- Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>TOTAL</b>		<b>55</b>

**INTERPRETACION:** Para una mejor interpretación sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia:

1. Total < 20
2. Grave = 20-35
3. Moderada = 40-55,
4. Leve \* 60

FUENTE: Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". Md State Med, 1965; 14: 61-5.

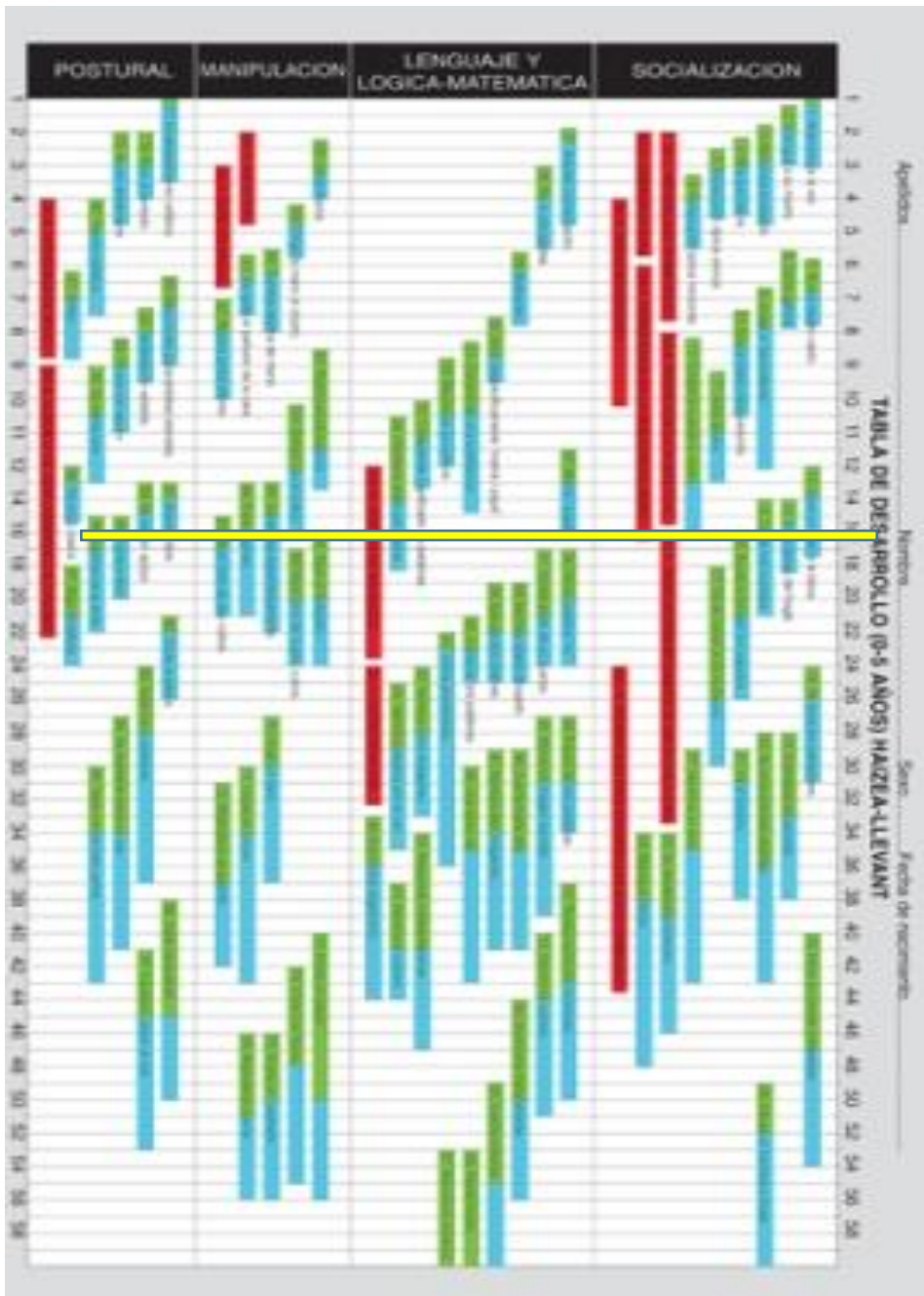
**Anexo 22. COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente: femenino.      Edad: año 4 meses.

Ocupación. Ninguno      Escolaridad: Ninguno

<b>ORIENTACIÓN FIJACIÓN</b>	
Repita estas tres palabras;	mama, pies, cara 2
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
Repita estos tres números:	5, 1, 2
Ahora hacia atrás:	1
<b>MEMORIA</b>	
¿Recuerda las tres palabras de antes?	1
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?	0
Repita esta frase:	El perros
¿Qué son el rojo y el verde?	0
¿Que son un perro y un gato?	0
Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa	0
Lea esto y haga lo que dice:	cierre los ojos 1
Escriba una frase	0
Copie este dibujo	0
<b>Resultado</b>	<b>5</b>

Anexo 23. TEST DENVER





## Anexo 24. ENTREVISTA REALIZADA AL PACIENTE

### PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿"sano", "enfermo"?	Enfermo
¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna	Si
¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?	Si me he caído muchas veces y he tropezado
¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?	Si hemos seguido los tratamientos tal y como lo manda los médicos
¿Es alérgico a alguna sustancia alimento o medicamento?	No
¿Ha tenido ingresos hospitalarios?	No
¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?	No

Fuente: paciente

Tabla: 1

Autora: Ana chango

### PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día come?	4 veces al día
¿Tiene algún horario específico de comidas?	El desayuno, almuerzo merienda
¿Tiene algún tipo de dieta?	No ninguno
¿Ha perdido el apetito?	Si a veces no quiere comer
¿Es la disminución del apetito importante o leve?	Si
¿Ha bajado de peso durante el último año?	Si
¿Toma alguna vitamina?	No
¿Le es fácil masticar los alimentos?	No
¿Le es fácil deglutir los alimentos?	Si
¿Tiene náusea o vomito durante las comidas?	Si
¿Las náuseas le impiden comer?	Si
¿Necesita de ayuda para alimentarse?	Si
¿Hidrata su piel con algún tipo de crema?	No

Fuente: paciente

Tabla: 2

Autora: Ana chango

### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Sufre de diarrea?	Si
¿Ha utilizado algún tipo de laxante?	No
¿Qué características tiene sus heces?	Líquida
¿Ha sentido sensación de llenura y pesadez estomacal?	Si
¿Sufre de incontinencia urinaria?	No
¿Puede llegar al baño sin que se le escape la orina?	No
¿De qué color es su orina?	Amarillo
¿Por las noches orina?	Si
¿Cuántas veces en la noche orina?	1
¿Suda mucho?	Si

Fuente: paciente

Tabla: 3

Autora: Ana chango

### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?	No a veces me siento muy débil como que no tengo fuerzas
¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?	No ninguno, juego muy poco
¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo	La madre le baña
¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: wáter, vestido.	mama me ayuda a vestirme
¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: movilidad en cama y movilidad general	Es independiente
Realiza actividades de ocio	Pasa acostada
¿Cómo es su respiración?	Normal

Fuente: paciente

Tabla: 4

Autora: Ana chango

## **PATRÓN 5: DESCANSO Y SUEÑO**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cuántas horas duerme diariamente?	10 horas
¿Concilia bien el sueño?	No
¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?	Si
¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día?	No
¿Es reparador su sueño?	Si
¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?	Si
¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño	No

Fuente: paciente

Tabla: 5

Autora: Ana chango

## **PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Tiene Dificultades para oír correctamente?	No
¿Tiene Dificultades para ver correctamente?	No
¿Utiliza audífono?	No
¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?	Aprende
¿Siente dolor o malestar físico	Si

Fuente: paciente

Tabla: 6

Autora: Ana chango

### **PATRÓN 8: ROL-RELACIONES**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Vive solo o en familia?	Con mi familia
¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?	Somos cuatro papá mamá hermana y la paciente
¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?	No aun es un niño
¿Existen problemas en las relaciones familiares: ¿con la pareja, con los hijos, con los padres?	Todos nos llevamos bien
¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?	Cada día luchamos por seguir adelante dándole fuerza y valor sin rendirnos
¿Pertenece a algún grupo social?	No ninguno
¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?	Si, hermanos

Fuente: paciente

Tabla: 8

Autora: Ana chango

### **PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿La religión es importante en la familia?	Familia: Si es de gran importancia porque gracias a Dios mi hijo aun esta con vida
¿Les ayuda cuando surgen dificultades?	Familia: Si porque sin su bondad no hubiésemos superado este problema
¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte la familia?	Familia: La muerte es algo natural pero la enfermedad es algo q se debe superar y curar.

Fuente: paciente

Tabla: 11

Autora: Ana chango

## Anexo 25. PIRÁMIDE DE MASLOW

### JERARQUÍA DE NECESIDADES



## **ANEXO 26**

### **ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS DE JUEGO:**

El objetivo de la ludoterapia es desarrollar la capacidad de lenguaje y realizar actividades motoras con juguetes básicos. Esta terapia requiere un entorno afectuoso, tranquilo y estimulante.

#### **Capacidad de lenguaje**

En cada sesión de juegos:

- Enseñe al niño canciones locales y juegos empleando los dedos de las manos y los pies.
- Anímele para que se ría y vocalice; repita lo que dice.
- Escriba todas las actividades.
- Enséñele a decir palabras que corresponden a lo que hace, por ejemplo: «golpear» cuando toca el tambor, «hasta luego» al agitar la mano, etc...
- Aproveche toda oportunidad para enseñarle conceptos.

#### **Actividades motoras**

- Anime al niño a alcanzar el siguiente hito del desarrollo motor. Por ejemplo:
- Tenga al niño por las axilas y levántelo repetidamente, siempre con los pies sustentando su peso.
- Ayúdele a mantenerse sentado, aleje los juguetes y anímele a gatear tras ellos.
- Sujételo de las manos y ayúdele a caminar.
- Cuando empiece a andar sin ayuda, dele un juguete «de tirar» y luego otro «de empujar».

#### **Actividades con juguetes**

Puede hacer juguetes sencillos con objetos comunes y utilizarlos para distintas actividades motoras:

##### **«Aro en una cuerda»**

- Balancee el aro al alcance del niño y anímelo a asirlo.
- Suspenda el aro sobre la cuna del niño y anímelo a golpearlo y balancearlo.

- Deje que el niño examine el aro y después colóquelo a cierta distancia, pero a su alcance y con la cuerda en su dirección, y anímelo a asir el aro tirando de la cuerda horizontalmente.
- Siente al niño en su regazo y tenga la cuerda con el aro colgando al nivel del suelo; enséñele a recogerlo tirando de la cuerda verticalmente. Enséñele también a balancear el aro.

#### **«Sonajero y tambor»**

- Deje que el niño examine el sonajero. Enséñele a hacerlo sonar diciéndole al mismo tiempo «mueve».
- Anime al niño a hacer sonar el juguete diciéndole «mueve», pero sin enseñar el movimiento.
- Enseñe al niño a golpear el tambor, diciéndole «golpea».
- Aleje el tambor y anime al niño a gatear tras él, diciéndole «toma».
- Anime al niño a repetir «golpea» a medida que golpea el tambor.

#### **Juguete con bloques «de meter y sacar»**

- Deje que el niño examine el recipiente y los bloques. Ponga los bloques dentro del recipiente y sacúdalo. Luego enseñe al niño a sacarlos uno por uno, diciéndole cada vez «toma» y «dame».
- Enseñe al niño a sacar los bloques dando la vuelta al recipiente.
- Enseñe al niño a tener un bloque en cada mano y golpearlos uno contra otro.
- Enseñe al niño a poner los bloques en el recipiente y sacarlos de nuevo, diciéndole cada vez «dentro» y «fuera».
- Tape los bloques con el recipiente y diga « ¿Dónde están? Están debajo». Deje que el niño los descubra. Luego escóndalos bajo dos o tres capas de algo, por ejemplo telas.
- Ponga el recipiente boca abajo y enseñe al niño a poner los bloques «encima».
- Enseñe al niño a apilar los bloques: primero dos y luego más. Enséñele el significado de las palabras «levantar» cuando apile los bloques, y «tirar» al derribarlos. Hágalo como un juego.
- Coloque los bloques uno tras otro horizontalmente, primero dos y luego más. Enséñele a empujarlos, haciendo el ruido de un tren o un coche. Si la edad del niño lo permite, enséñele el significado de las palabras «parar», «avanzar», «rápido», «lento» y «junto

a». Después enséñele a reunir los bloques por colores, primero dos y luego más. Enséñele a distinguir entre un montón «alto» y otro «bajo». Invéntese juegos.

### **Botella**

- Introduzca un objeto en la botella y agítela. Enseñe al niño a dar la vuelta a la botella para sacarlo, preguntándole « ¿Puedes tomarlo?». Luego enséñelo a introducir el objeto en la botella y sacarlo. Haga lo mismo después con varios objetos.
- Apilar chapas de botellas
- Deje que el niño juegue con dos tapones de botellas y después enséñelo a apilarlos, diciéndole «voy a poner uno encima de otro». Después ponga más tapones. Los niños un poco mayores pueden agrupar los tapones por colores y aprender el significado de conceptos como «alto» o «bajo».

### **Libros**

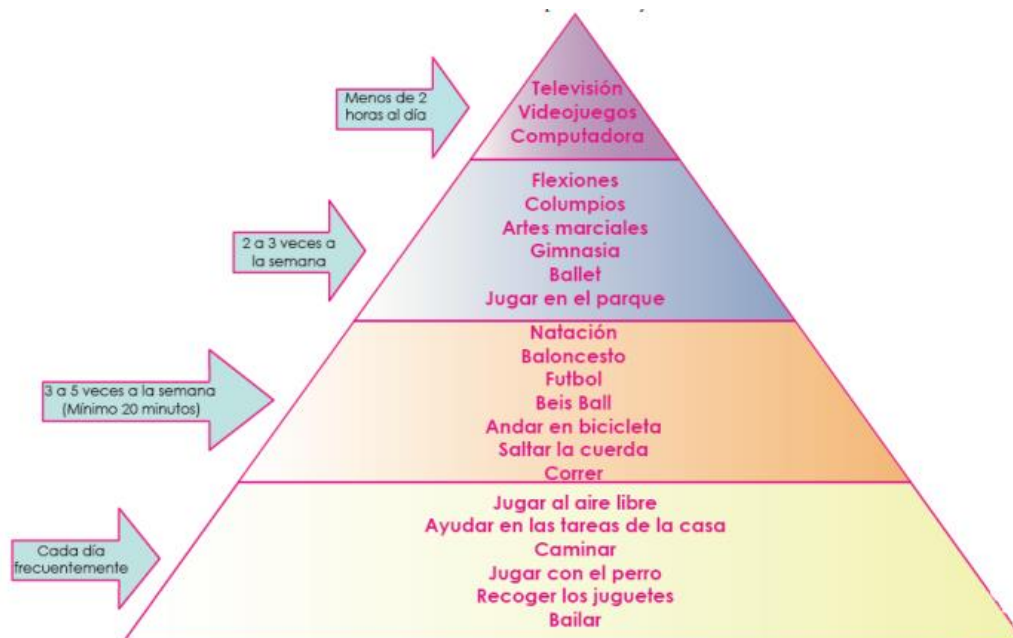
- Siente al niño en su regazo para que pase las hojas, toque las ilustraciones y vocalice.
- Después él deberá señalar las ilustraciones que usted nombre. Describa las ilustraciones, preséntele representaciones de objetos, personas y animales familiares. Si la edad del niño lo permite, pídale que nombre y describa cada representación.

### **Muñeca**

- Enseñe al niño la palabra «bebé». Deje que abrace la muñeca y se ocupe de ella. Cante una canción cuando esté acunando al niño.
- Enséñele a identificar las partes de su propio cuerpo y de la muñeca al nombrarlas. Después él mismo niño deberá nombrarlas.
- Ponga la muñeca en una caja como si fuera la cama, enséñele las palabras «cama» y «dormir», y describa los juegos que está haciendo.



## Anexo 27. PIRÁMIDE PARA LA ACTIVIDAD PARA LOS NIÑOS



## Anexo 28. JUGUETES APROPIADOS PARA ALCANZAR UN ÓPTIMO DESARROLLO

JUGUETES	
EDAD	JUGUETES
1 a 3 Meses	Objetos de material flexible para manipularlos
4 a 6 Meses	Objetos pequeños no peligrosos: sonajeros(chinchines), cajas, aros de plástico
7 a 9 Meses	Pelota e trapo, cubos de colores, animales de felpa o trapo, pedazos de madera, pequeños utensilios de cocina(sin punta ni filos en los bordes)
10 a 12 Meses	Lo anterior más objetos del mismo hogar que estimulen su imaginación y le permitan crear juegos

## Anexo 29. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO

EDAD	ÁREA MOTORA	ÁREA COORDINACIÓN	ÁREA SOCIO-AFECTIVA	ÁREA LENGUAJE
1 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimule a caminar en espacios abiertos y seguros</li> <li>Tome de la mano al niño o niña y baile con él o ella dando pasas hacia a los lados y hacia atrás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enséñele a jugar con cubos, trocitos, cajitas, apilándolos uno sobre otros</li> <li>Dele objetos que pueda guardar en una caja para luego sacarlos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimule o comparta juegos con otros niños o niñas y hermanos(as)</li> <li>Dele en la mano libros con ilustraciones llamativas para que los hojee libremente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Converse con el niño o niña</li> <li>Cuando nombre o pida algo, repita la palabra clara y pausadamente para que oiga como se dice correctamente</li> <li>Escúchele y motivele a contar sus experiencias</li> </ul>
2 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motive a la familia para que juegue con el niño o niña de saltar y agacharse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcíonele objetos como trocitos, cajitas y enséñele como colocarlos unos sobre otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Háblele y llámele por su nombre y apellido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimule a la familia a escuchar al niño o niña para que le estimule para expresar sus experiencias</li> </ul>
3 a 4 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juegue con el niño o la niña a saltar alternando ambos pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcíonele papel y lápiz para que copie dibujos sencillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrénele enseñándole a sentarse en la bacínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asígnele a la niña o niño tareas sencillas y pequeñas dentro del hogar</li> </ul>
4 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enséñele a dar pasos hacia atrás tomado de la mano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enséñele a contar con los dedos de la mano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimule al niño y la niña a participar en juegos competitivos con otros niños o niñas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimule al niño o niña a narrar sus experiencias y converse con él o ella.</li> </ul>

**GUÍA BÁSICA DE ENFERMERÍA**  
**PARA EDUCAR A LA FAMILIA DEL NIÑO**  
**CON ALTERACIÓN CALÓRICA PROTEICA**



## Alimentación:

### LACTANCIA MATERNA

Es la forma de aporta los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los niños, además es el mejor



Favorece al correcto desarrollo: del cerebro, mandíbula, dientes y el habla.

Previene de alergia, crea un vínculo entre madre-hijo y mayor coeficiente intelectual

#### BENEFICIOS

**Protege de enfermedades:** desnutrición, diarrea, estreñimiento, cólicos, deshidratación, neumonía y bronquitis.



Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses y mantener hasta

**No usar el Biberón:** Provocar alteraciones en el área máximo - facial, oral y faríngea, por la



## ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Es el periodo en el cual se introduce alimentos sólidos y líquidos conjuntamente con la lactancia materna para satisfacer las necesidades energéticas y nutricionales que exige el crecimiento así como para evitar carecías.



### Los alimentos tienen que ser:

- Variada y equilibrada.
- Almacenar de forma higiénica
- Suficientes y adecuados para su edad.
- Proporcionar energía, proteínas, grasas, carbohidratos y micronutrientes.

## NORMATIVA

No suspender la leche materna cuando los niños o la madre estén enfermos.

Los niños deben tener su propio plato, soper, plato tendido, vaso y cuchara de bordes lisos.



El lavado de manos antes y después de preparar los alimentos.



Ayudar en la higiene bucal después de las comidas.

Alimentar lentamente.

Establecer un horario de las comidas.



## 1 AÑO

**Dar:** Leche materna, carne picada, frutas y verduras trituradas tratar de servir un mínimo de 5 porciones diarias, cereales y pan.

**No dar:** Alimentos que pueden provocar asfixia como trozos o rebanadas: manzana, uvas



## 2 AÑOS

**Dar:** Leche materna, lácteos yogurt, Carne blanco (pollo y pescado), Frutas, Verduras, cereales, Todos los alimentos de la comida familiar siempre que la dieta sea sana y equilibrada.

**No dar:** Evite las especias fuertes, la sal y los productos con fritos, cafeína, incluso refrescos, café, té y chocolate.

### NO DAR:

**Huevo** hasta que el niño tenga 10 meses, la clara de huevo produce alergia.

**Leche de vaca** hasta que el niño tenga 1 año ya que produce intolerancia y alergia.

**Miel** hasta que el niño tenga 1 año ya que Liberan toxinas que paraliza los músculos.

**Marisco** hasta que el niño tenga 1 año ya que Producir alérgicas que se manifiestan con vómitos, diarrea o manchas en la piel.

**Chocolate** hasta que el niño tenga 1 año ya que provoca problemas metabólicos, sobrepeso e incremento de los caries.



### Formula F75 y F100

En la hora de la comida es recomendable escuchar música infantil o música instrumental en bajo volumen ya que esto crear un ambiente agradable y relajante además transmite ánimo, energía y emociones.



Las F-75 y F-100, son fórmulas terapéuticas específicamente diseñadas para el tratamiento de la desnutrición aguda severa.

**Ingredientes de las Fórmulas Terapéuticas**

F-75	F-100
Leche descremada en polvo, grasa vegetal, azúcar, maltodextrina, complejo vitamínico y mineral	Leche descremada en polvo, grasa vegetal, suero de leche, maltodextrina, azúcar, complejo vitamínico y mineral.



**F-75:** Se emplea para la recuperación de la desnutrición severa por ser baja en proteínas, grasas y sodio pero alta en carbohidratos con una duración estimada de 5 días para estabilizar la ingesta por vía oral.

**F-100:** Se emplea para ganar peso rápidamente, con una duración de hasta 25 días o bien cuando llegan a un estado nutricional normal.



La fórmula debe administrarse cada 2-3 horas día y noche.

**Conservación:**

Al ambiente: desechar después de 2 horas de preparada.

En refrigeración: desechar después de 8 horas de preparada.



## DESHIDRATACIÓN

Es la falta de líquidos en el cuerpo que son necesarios para realizar las funciones.



**Síntomas:** vómitos, diarrea, sudoración, ojos hundidos, mucosas orales secas



Tratamiento: reponer los líquidos con la ingesta oral de líquidos y sales minerales, a través de sueros o preparados comerciales.



Mantener lactancia materna cada 30 minutos y una vez aceptado, dejarlo a libre demanda.



Reemplazar con ReSoMal el volumen aproximado de pérdida a través de las heces, administrarlo en forma alterna con la dieta líquida.



Vigilar síntomas de rehidratación como es el retorno de las lágrimas, boca húmeda, ojos y fontanelas menos hundidas y mejoramiento de la apariencia de la piel.

## ANEMIA



## INFECCIONES

**Higiene:** La higiene personal, es importante sobre todo con los más pequeños.

### COMO EVITAR ENFERMEDADES

**Piel:** Bañarse de 3 o 4 veces a la semana.

**Lavarse las Manos:** después de tocar animales, cada vez que estén sucias, antes de manipular alimentos, antes y después de curar cualquier herida después de ir al baño.



**Lavar los Pies:** Haciendo hincapié entre los dedos.  
**Las uñas:** de los pies deben cortarse en línea recta



**Cabello:** Se ensucia con mucha facilidad porque retiene el polvo, las secreciones del cuero cabelludo.

**Dientes:** Debemos tener cuidado con las caries los niños que les gustan las bebidas azucaradas y de las golosinas.



#### Higiene del vestido

La ropa interior se deberá cambiar diariamente, ropa cómoda, no ajustada y ropa para el tamaño



**Evitar:** Excrementos de los animales. Animales deben estar fuera de la casa y lejos de los niños

Mantener al niño cubierto, seco y limpio: cambiar pañales, ropa y sábanas mojadas.

## ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ

La estimulación psicomotriz debe comenzar durante el tratamiento y continuar después del egreso, siendo esencial que la madre y otros familiares lo acompañen en todo el proceso.

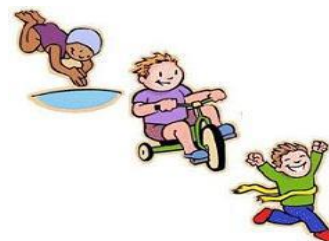


Los adultos deben hablar, sonreír y mostrar afecto hacia la niña en todo momento.



Las cunas y habitaciones deben tener juguetes acorde a la edad para estimular su imaginación y movimientos.

Los juegos que requieran desplazamiento o movimiento corporal estimulan la coordinación de movimientos y el desarrollo motriz, favorecen la síntesis de masa magra y el crecimiento.



En niños pequeños o debilitados, aplicar ejercicios pasivos en las extremidades.

En niños que gatean o caminan, los juegos deben incluir actividades como rodar o hacer piruetas en una colchoneta, patear o lanzar pelotas, correr o “gatear”.



Las actividades deben aumentar a medida que las condiciones generales y estado nutricional del niño mejoren.

Juguetes apropiados para alcanzar un óptimo desarrollo **anexo 27**. Pirámides para las actividades para niños **anexo 28**. Actividades para estimular el desarrollo **anexo 29**.



## **AFECTIVO**

Ama a tus Hijos



Tus hijos son lo más importante del mundo. El amor y la comprensión que les brindes es el tesoro más preciado para su futuro

**Los padres son el modelo para tus niños:** Enseñar los valores prácticos a tus niños.



**Escucha a tus niños:** Desarrollas la autoestima en tus hijos cuando demuestras interés y atención en lo que tienen que decir.

**Da Tiempo:** Es el regalo más cariñoso que podemos dar a nuestros niños para compartir ideas, emociones, inquietudes y temores.



**Motivar:** Hay palabras que no se olvidan, que nos dan confianza y refuerzan nuestra autoestima.

Dejar a tus niños saber que los amas y los apoyas en cualquier situación y crea confianza. Tus niños acudirán a ti ante cualquier problema.

Juegue con tus hijos unos 15 a 30 minutos cada día.