

Hospital Pediátrico Universitario “William Soler”

## Guía de atención integral al paciente desnutrido en el Servicio de Urgencias

Dr. Lázaro Rodolfo Alfonso Novo<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

Se define una estrategia secuencial de conductas con el niño desnutrido que acude al Servicio de Urgencia del policlínico o del hospital. Esta estrategia está basada en la necesidad de estandarizar la atención al paciente que es remitido por el Médico de Familia al escalón superior de atención de salud y que es recibido de inicio por un personal médico y paramédico en un servicio de urgencias. Se hace muy necesario elevar el conocimiento y el nivel de desempeño respecto a este tipo de paciente, cuyo seguimiento es en extremo importante, ya que de él depende en muchos casos el pronóstico de vida. La aplicación consecuente de esta atención integral asegura la buena evolución del paciente. Se concluye en que el desnutrido, por sus características muy especiales, necesita una atención de emergencia de elevada calidad que consiga la disminución del riesgo de morbilidad y mortalidad.

*Palabras clave:* Desnutrido, atención integral, servicio de urgencias.

---

Los problemas nutricionales, desde su prevención y diagnóstico en todos los niveles de atención de salud de nuestro país, continúan siendo un punto débil al cual urge ofrecer un esmerado impulso en materia de promoción del conocimiento y capacitación del personal profesional y técnico.<sup>1</sup>

Identificar los puntos críticos en este complejo proceso de la atención integral al desnutrido será la tarea más inminente por enfrentar. La literatura médica consultada y nuestra experiencia, que se basa en la evidencia y el conocimiento colegiado y de consenso, afirman la necesidad que tenemos de organizar y estandarizar la conducta ante el niño

desnutrido, que merece un seguimiento meticuloso y controlado por el Médico de Familia en la atención ambulatoria y necesita decisiones oportunas y tempranas cuando la evolución no es satisfactoria.<sup>2</sup>

Muchos son los puntos críticos que merecen especial atención y revisión, pero consideramos uno de los más importantes al momento en que el desnutrido llega al Servicio de Urgencias del policlínico o del hospital, pues de él derivan la conducta adecuada o no adecuada que se tome y el pronóstico de vida que podamos ofrecer al paciente.<sup>3</sup>

El objetivo de este trabajo no es repetir lo que variados autores han publicado durante años, sino tratar de establecer una guía para la atención integral de estos pacientes, que resuma de manera práctica la conducta que debemos seguir ante el niño desnutrido en su primer contacto con el escalón superior de atención de salud. Es en este escalón donde cometemos errores que pueden generar serias complicaciones al paciente, por no seguir una secuencia lógica de procedimientos antes de determinar la hospitalización en el caso en que esto es necesario.<sup>4</sup>

## **LA DESNUTRICIÓN ENERGÉTICO-NUTRICIONAL**

Comencemos por acentuar que la desnutrición energético-nutricional (DEN) proporciona al paciente una serie de características que lo personalizan:

- Alta demanda de energía y nutrientes.<sup>5</sup>
- Insuficiencia digesto-absortiva.<sup>6</sup>
- Respuesta inadecuada a los procedimientos a los cuales se le somete, a los cambios de conducta alimentaria, a los medicamentos y a las medidas de rehabilitación. Por tal motivo decimos que el desnutrido es un paciente «mal respondedor».<sup>7</sup>
- Labilidad metabólica aumentada.<sup>8</sup>
- Inmunocompetencia muy afectada, condición que lo predispone a múltiples complicaciones que elevan notablemente la morbilidad y la mortalidad.)

La desnutrición energético-nutricional es un síndrome nutricional caracterizado por un estado pluricarencial donde predomina el déficit energético proteico y de otros importantes nutrientes, como resultado de una dieta inadecuada en términos de cantidad y calidad, que no provee al organismo de energía suficiente y nutrientes específicos para el funcionamiento, crecimiento y desarrollo normales.

## **CONDUCTAS RECOMENDADAS**

El orden secuencial de conductas que intentamos proponer adoptar ante un desnutrido en el servicio de urgencia es el siguiente:

1. Como es muy frecuente que estos pacientes desnutridos acudan con síntomas o signos de alarma, debemos interpretar que estamos en presencia de una

descompensación y que requiere una atención especial de inmediato, por lo que la primera conducta será tratar todas las condiciones patológicas que pongan en peligro su vida. Las más frecuentes son: *shock*, deshidratación, hiponatremia, hipoglucemia, hipotermia, acidosis metabólica e infecciones.<sup>10</sup> Estos eventos patológicos deberán ser tratados con la mayor urgencia de acuerdo a las normas regidas en Pediatría.

2. Al mismo tiempo que manejamos estas conductas debemos realizar una anamnesis minuciosa y un examen físico exhaustivo del paciente. De ello dependerá el éxito de todas las demás medidas que se toman en estos casos. Dentro de la exploración física contemplaremos la evaluación antropométrica inicial, en la que son necesarios el peso y la longitud supina del menor de 2 años y el peso y la estatura en los niños mayores de esta edad. Estaremos en condiciones de establecer rápidamente la afectación que presenta en cuanto a los índices de peso/edad, talla/edad y peso/talla, de acuerdo a los canales de percentiles establecidos. Un peso para la talla por debajo del percentil 10 implica un gran riesgo nutricional, y por debajo del percentil 3 constituye una alarma nutricional. Otros elementos mesurables para el cálculo completo de la composición corporal serán realizados en la sala de hospitalización.<sup>11</sup>

Los aspectos que deberán tomarse en cuenta en el interrogatorio son:

- Bajo o muy bajo peso al nacer. Antecedentes perinatales.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Historia de ingresos reiterados.
- Pérdida de peso igual o mayor de 10 % del peso corporal usual en 6 meses.
- Pérdida de peso igual o mayor de 5 % del peso habitual en 1 mes.
- Alteración de los patrones de la ingestión de alimentos por más de 7 días.
- Enfermedades crónicas (enfermedad celíaca, diabetes mellitus tipo I, asma bronquial, cardiopatías, fibrosis quística, insuficiencia renal, colonopatías).
- Hábitos alimentarios antes de enfermar.
- Tiempo de duración de lactancia materna exclusiva o mixta.
- Calidad de la ablactación.
- Curva de peso durante el primer año de vida.
- Cirugía del tracto gastrointestinal.
- Administración de fármacos que interfieran con el proceso de nutrición.
- Aumento de las pérdidas (diarreas, hemorragias, fístulas, régimen de fototerapia, diálisis).
- Lesión neurológica o estados comatosos.
- Enfermedad aguda reciente.
- Período de ayuno prolongado.
- Embarazo y parto reciente en adolescente.
- Condiciones anómalas en el medio familiar.

Después de interrogar y examinar correctamente realizamos una rápida clasificación de la DEN, según los elementos siguientes:

- Origen: Primario o secundario.
- Tiempo de instalación: aguda o crónica.

- Déficit predominante según categorías:
  - Malnutrición leve o moderada (solo pérdida de peso)
  - Deficiencia energética grave (marasmo).
  - Deficiencia proteica (kwashiorkor).
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida nutricionalmente (SIDAN).
  
- 3. Indicaciones complementarias de urgencia: Hemoglobina, hematocrito, velocidad de sedimentación globular, conteo global y diferencial de leucocitos, glucemia, ionograma y gasometría, cituria cuantitativa y heces fecales. Otras investigaciones serán indicadas según demanda el estado del paciente al ingreso. El resto de los exámenes complementarios desde el punto de vista bioquímico y funcional serán realizados en el Servicio de Nutrición.<sup>12</sup>
  
- 4. Manejo medicamentoso y dietético inicial del desnutrido.<sup>13-15</sup>
  - Garantizar la administración de hidratos de carbono para evitar la necesidad de gluconeogénesis.
  - No dar suplementos de hierro porque disminuyen los niveles de transferrina.
  - Ofrecer comidas frecuentes y pequeñas, ya que hay una afectación de la mucosa intestinal y disminución de los niveles de insulina con intolerancia a la glucosa.
  - Aporte de agua suficiente pero no excesivo (disminución del filtrado glomerular).
  - Evitar nutrientes que provoquen sobrecarga ácida (disminución de la capacidad del riñón de excretar el exceso de ácido).
  - No ofrecer más proteínas que las necesarias para mantener los tejidos. Estas deben ser de alto valor biológico y con aminoácidos equilibrados (1 a 2 g/(kg • día)).
  - Utilizar la vía oral para rehidratar. Si es necesario transfundir, restringir el aporte de sangre a 10 mL/kg de peso corporal.
  - No utilizar antibióticos de forma rutinaria, sino solamente en los casos estrictamente necesarios de cuadros infecciosos bien definidos.
  - Utilizar sonda nasogástrica en casos de imposibilidad de la vía oral, asegurando el aporte energético-nutricional del paciente, considerado primordial en las primeras horas de su hospitalización para evitar trastornos metabólicos que generen mayores complicaciones. Los niños que pueden comer serán alimentados cada 2, 3 o 4 horas, durante el día y la noche.
  - En la fase inicial del tratamiento dietético el aporte energético debe ser de 80 a 100 kcal/(kg • 24 h). La distribución porcentual calórica debe ser: hidratos de carbono: 55 %; proteínas: 20 % y grasas: 25 %.
  - La suplementación de micronutrientes vitamínicos, minerales y oligoelementos debe ajustarse a las recomendaciones establecidas.
  - Mantener la lactancia materna como alimento insustituible en los primeros 6 meses de la vida.
  - Cumplir con las guías de la ablactación según niveles etarios.
  - Las medidas de ajuste dietoterapéutico, como son la dilución de los alimentos lácteos, sustitución de estos por alternativas de origen vegetal (ej. soya), uso de alimentos o medicamentos con efectos prebióticos, probióticos o simbióticos, deberán cumplirse como están establecidas en las orientaciones metodológicas que rigen los servicios de enfermedades diarreicas agudas.<sup>16</sup>

- El niño desnutrido debe alimentarse tempranamente siguiendo un cálculo de sus necesidades energético-nutricionales.

Consideramos que estos elementos propuestos para una conducta adecuada ante el desnutrido en el servicio de urgencias aseguran la evolución favorable de estos pacientes.

---

## SUMMARY

This paper described a sequential strategy of behaviours that should be followed in the case of an undernourished child that goes to the Emergency Service at the polyclinics or hospital. This strategy is based on the need of standardizing the care to a patient who has been referred by the family physician to the upper level of health care and initially received by a medical and paramedical staff in an emergency room. It is indispensable to raise the level of knowledge and performance in treating this kind of patient whose follow-up is extremely important, since most of the time life prognosis depends on it. The implementation of this comprehensive care assures the good course of recovery of the patient. It was concluded that the undernourished children, because of their very special characteristics, need a high quality care at the emergency service that leads to reduction in morbidity and mortality risks.

*Key words:* undernourished, comprehensive care, emergency service.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1.-Santana Porben S, Barreto Penié J, González Pérez TL. Programa alimentario, nutricional y metabólico para Hospitales Pediátricos. Creación y operación de grupos de apoyo nutricional. La Habana: MINSAP; 2002. Pp.11-19.
2. Amador García M. Alimentación y nutrición. En: Pediatría (fascículo 2). La Habana: Edit. Pueblo y Educación; 1996. Pp.90-100.
3. Nagel MR. Nutrition screening: identifying patients at risk for malnutrition. NCP. 1993, 8(4): 171-175.
4. Serra M, Aranceta J. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson; 1995. Pp.65-68.
5. Merien O. Les clefs de la nutrition St. Jean de Braye. Dangles, 1992, 78-80.
6. Weinsier R, Morgan SL. Fundamentals of clinical nutrition. St Louis: Mosby Year Book; 1992.

7. Monckeberg F. (ed) 1998. Desnutrición infantil: Fisiopatología clínica, tratamiento y prevención: nuestra experiencia y contribución. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos. Santiago. Chile: Impresora Creces Ltda.; 1988.
8. Montemerlo H. Identificación del paciente en riesgo nutricional. En: Montemerlo H, Menéndez AM, Slobdianik NH eds. Nutrición enteral y parenteral. Buenos Aires: Abbott Laboratorios; 1999. Pp.77-86.
9. Ulibarri JL, González-Madroño A, González- Pérez P. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2002; 17: 179-188.
10. OMS. Tratamiento de la malnutrición grave: Manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores. Ginebra: OMS; 1999. Pp.1-62.
11. Waterloo JC, Tomkins AM, Grantham-McGregor SM. Malnutrición y mortalidad. En: Malnutrición y mortalidad. OPS: Publicación científica No. 555; 1996. Pp.401-422.
12. Pedrón Giner C, Martínez Costa, Lama Moré R, Moreno Villares JM. Líneas Guía de Actuación en Nutrición en Pediatría. Soporte Nutricional en el Siglo XXI Congreso Nacional de la SENPE. [En línea] ISBN 84-688-0970-5. Disponible en: <http://www.gastroinf.com/SecciNutri/DESNUTRICION.pdf>
13. Babakissa C, Lacote-Propovic S, Colombani JF, Balan JG. Risque nutritionnel en milieu hospitalier. Cah Nutr Diet 2004;39:49-54.
14. Melchior JC, Beck AM, Nilsson U. Alimentation et soins nutritionnels dans los hôpitaux: une vision européenne. Nutr Clin Metab 2003; 17:207-212.
15. Council of Europe. Resolution Res AP (2003) on food and nutritional care in hospitals. [online] Available at: <http://www.coe.int/rsi/CM/index.jsp>
16. Freijoso E, Cires MM, Siulva L, Delgado I, Riverón R, Ramírez M. Guía para la práctica clínica de las enfermedades diarreicas agudas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400009&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400009&script=sci_abstract)

Recibido: 10 de febrero de 2007. Aprobado: 26 de marzo de 2007.

*Dr. Lázaro Rodolfo Alfonso Novo.* Calzada de Vento, núm.7916, esquina a Tercera. Piso 3, Apto 1, Altahabana. Boyeros, La Habana. CP 10800.

Correo electrónico: [lanovo@infomed.sld.cu](mailto:lanovo@infomed.sld.cu)

1 Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente de Pediatría.