

II. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PERIODO PREPATOGENICO

GASTROENTERITIS

AGENTE

BIOLOGICO: Puede ser producido por bacterias tales como:
Escherichia Coli, Salmonella, Shigella, Estafilococo, Vibrio
Chólera, Campylobacter Fetus, Yersinia Enterocolítica.

VIRUS: Rotavirus, Arbovirus, Pararotavirus, Coronavirus, Echo,
Coksackie, Norwalk y otros.

PARASITOS: Entamoeba Histolytica, Giardia Lamblia, Helmintos.

HONGOS: Cándida Albicans.

QUIMICOS ENDOGENOS: No infecciosos, con desórdenes simplemente
funcionales o alérgicos, La más común es la intolerancia a la
lactosa. Debido a la inflamación gastrointestinal, la lactasa
enzima que convierte la lactosa en los azúcares simples fructuosa
y galactosa, no puede funcionar correctamente; esto conduce a la
intolerancia a la lactosa. Intolerancia a las proteínas (leche de
vaca, soya).

DESNUTRICION: Atrofia de las vellosidades:

- a) Intestinales (por deficiencia de disacaridasa y enterocinasa).
- b) Producción disminuída de enzimas pancreáticas.
- c) Absorción deficiente de vitaminas, minerales y proteínas.

Síndrome de Absorción Intestinal Deficiente

- a) Enfermedad Celiaca.
- b) Mucoviscidosis
- c) Síndrome de intestino corto.

QUIMICOS EXOGENOS: El uso indiscriminado de algunos medicamentos que aumenta la motilidad intestinal, puede ser inducido por antibióticos, antihelmínticos, quimioterápicos utilizados en el tratamiento del cáncer, colchicina, digital, metales pesados, laxantes y radioterapia.

HUESPED

Existen factores individuales que establecen barreras de control y que impiden o disminuyen el riesgo de adquirir la enfermedad; estos son: higiene personal, nutrición adecuada, acidez gástrica, motilidad intestinal normal, flora gastrointestinal, inmunidad humoral y celular e integridad de las células de la mucosa de la superficie de la absorción.

La gastroenteritis afecta en todas las edades, pero con mayor frecuencia en lactantes y en la infancia, y es de particular preocupación durante el primer año de vida. En ancianos y personas debilitadas o desnutridas, y en niños muy pequeños, puede traer una grave trascendencia. En un adulto por lo demás sano, puede representar un inconveniente leve.

Herencia: No hay relación con esta enfermedad.

Inmunidad: En los adultos en los que las infecciones tienden a ser más leves, tienen probablemente cierta inmunidad.

En cuanto a sexo se refiere, no hay diferencia.

Hábitos y Costumbres: Es más frecuente en personas en malas condiciones higiénicas y por la ingestión de alimentos mal preparados y aguas contaminadas.

Grupo Etnico: No existe diferencia en cuanto a razas.

Ocupación: En algunas personas en las que por su trabajo se trasladan de un lugar a otro, son comunes las enfermedades gastrointestinales, debido al consumo de alimentos que no son preparados higiénicamente.

AMBIENTE

Las condiciones del ambiente que actúan en forma determinante, son la infraestructura sanitaria y saneamiento ambiental.

Los problemas culturales, pobre educación médica y la tradicional administración de remedios caseros, curas medicinales, automedicación y la ignorancia de la severidad de una infección intestinal y su control; y la realimentación inadecuada tardía, son los factores de riesgo más importantes del ambiente.

Las infecciones gastrointestinales son más frecuentes en medios con malas condiciones sanitarias y con suministro de agua contaminada.

Ambiente Físico y Geográfico: En climas calurosos del año existe un aumento en la incidencia de diarreas y en áreas rurales, marginada o periferia, donde no cuentan con agua potable y alcantarillado.

Ambiente Socioeconómico: Los problemas sanitarios de los lactantes y niños son muy diferentes tanto cualitativa como cuantitativamente en los grupos de población de estados socioeconómicos más altos y con mayores oportunidades educativas.

Hasta cierto punto, los problemas sanitarios pediátricos de las ciudades, se acentúan por las elevadas tasas de niños con bajo peso al nacer, y de nacimientos ilegítimos (muchos en madres muy jóvenes).

NIVELES DE PREVENCIÓN DE LEAVELL Y CLARK

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Sus bases radican en :

- a) Educación Médica Sexual, Planificación Familiar, Hábitos y Costumbres, Educación Nutricional; va dirigida a las madres, a los maestros, a los niños en relación con su edad, y a los demás grupos de la comunidad.
- b) Realizar programas de control de crecimiento y desarrollo prenatal y posnatal.
- c) Promover el saneamiento ambiental, agua potable intradomiciliaria, disposición de excretas, eliminación de las basuras, control de fauna nociva, higiene de los alimentos, mejoramiento de la vivienda.
- d) Distribución racional del ingreso familiar.
- e) Mejoramiento del ambiente familiar y escolar.
- f) Capacitación familiar y laboral.
- h) Prestaciones
- i) Recreación sana.

PROTECCION ESPECIFICA

Modificar hábitos y costumbres que propicien la contaminación de los alimentos, deben incluir medidas higiénicas individuales (baño diario, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, lavar perfectamente los utensilios en que se cocinan los alimentos) y medidas colectivas.

Promover la alimentación materna para el recién nacido, hasta los seis meses de edad.

Control del niño sano en unidades asistenciales con evaluación periódica de peso y talla, vigilancia de acuerdo a su edad.

Esquema de inmunizaciones completo de acuerdo a su edad, además de la vacuna antitifoídica.

Campañas de concientización a nivel de comunidad para la identificación, control y tratamiento de los casos de diarrea.

Evitar las dietas inadecuadas a base de atoles, leches diluidas, por períodos prolongados.

Usar los nutrientes específicos, consumir frutas y verduras que estén frescas y de la temporada; comer alimentos fritos y cocidos.

Orientación adecuada sobre la realimentación temprana del niño con diarrea.

Evitar comer alimentos preparados en la vía pública, beber agua potable, hervida o desinfectada con dos gotas de cloro en un litro de agua.

Almacenamiento y refrigeración adecuada de los alimentos.

Utilizar saneamiento ambiental. Orientar a la familia y comunidad en cuanto a la eliminación de las excretas. Defecar en excusados o letrinas, depositar dentro de ellos el papel que se utiliza para limpiarse, así como el excremento de los pañales, o por lo menos enterrarlo cubierto con cal.

Detección oportuna de los casos de la diarrea difícil, como mucovisidosis y enfermedad celiaca.

Llevar control de enfermedades transmisibles.

Proporcionar tratamientos antiparasitarios.

PERIODO PATOGENICO

Este período se inicia a partir del momento en que el agente penetra y se establece en el organismo, de una manera más completa, se entiende que "patogenicidad" es la habilidad del agente para producir una reacción específica cuando se aloja en el organismo, ya sea ésta local, general, clínica o subclínica.

ENTRADA, DESARROLLO Y MULTIPLICACION DEL AGENTE

Etapas Subclínica: Consta de la localización y multiplicación del agente y alteraciones tisulares.

El contacto con el agente es por el suministro de alimentos mal procesados, aguas contaminadas y heces, rara vez la contaminación es parenteral, la vía de entrada es por la boca. El período de incubación varía entre 1 y 4 días, la contagiosidad durará todo el tiempo que el germen se elimine por las heces, lo cual acontece de días hasta semanas.

Las alteraciones que condicionan diarreas tienen su origen en el tubo digestivo, en la mayoría de los casos específicamente en el intestino delgado.

La motilidad intestinal proporciona la fuerza mecánica para las funciones de digestión, absorción y transporte del contenido intraluminal; se efectúa por segmentación rítmica y reflejos peristálticos, la primera mezcla de los alimentos con las secreciones del tubo digestivo y facilitando su absorción al ponerlos en contacto con la mucosa intestinal.

Cuando el agente es la intolerancia a los disacáridos, existe un aumento de los electrolitos en la luz intestinal como consecuencia de enterotoxinas de gérmenes colonizadores del intestino, dando lugar a la diarrea.

Cuando se trata de parasitosis intestinales se establece un mecanismo de competencia o bloqueo de la absorción intestinal, y frecuentemente daño de la mucosa con disminución de la producción enzimática del epitelio intestinal.

ALTERACIONES TISULARES .

El resultado final de todo proceso gastroentérico es la dilatación capilar que conduce a la producción del edema, por lo cual hay una alteración del endotelio capilar que propicia la salida del líquido y altera su absorción.

Fisiopatología de Shigella: Penetra en la mucosa del intestino grueso y provoca secreción mucosa, hiperemia, infiltrado leucocitario, edema, a menudo ulceraciones de la mucosa superficial, en los casos graves se encuentra en todo el colon y el ileón terminal.

Penetra la mucosa a través de las células epiteliales y se establece en la lámina propia del colon, produce una endotoxina que se libera al distribuirse la bacteria que causa ulceración del epitelio.

SIGNOS Y SINTOMAS

La característica universal es la presencia de evacuaciones diarreicas que pueden ser líquidas o "aguadas" acompañadas de sangre, moco o pus.

Para la intolerancia de azúcares las evacuaciones son: líquidas, explosivas con olor agrio.

Para la amibiiasis son con moco, sangre, tenésmo y pujo. Es común la presencia de distensión abdominal, vómito, fiebre, hiporexia, pérdida de peso, eritema perianal y glúteos, astenia, disnea, principalmente en lactantes menores.

ENFERMEDAD

La gastroenteritis sigue un proceso biológico que va desde una infección clínica imperceptible e inaparente, hasta las manifestaciones graves, con marcado índice de mortalidad. Grupo de síndromes clínicos que se manifiestan predominantemente por síntomas de la porción superior del tracto gastrointestinal (anorexia, náuseas, vómito) diarrea de intensidad variable y molestias intestinales, cuando es posible identificar una etiología específica puede evitarse el término menos específico (gastroenteritis).

COMPLICACIONES

Complicaciones Médicas:

1. Deshidratación de severidad variable, choque hipovolémico, acidosis metabólica y alteraciones iónicas específicas como hipocalcemia, hipercalcemia.
2. Infección generalizada hacia otros órganos y sistemas (principalmente en recién nacidos y lactantes menores). Bronconeumonía, otitis, celulitis y abscesos en los sitios de venopunción y venodisección.
3. Renales: Son consecuencia de la deshidratación y de la hipovolemia por disminución de la perfusión renal, insuficiencia renal o secundaria a la invasión del parénquima renal por bacterias entéricas que producen nefritis intestinal y el síndrome de coagulación intravascular diseminada.
4. Hematológico: Puede haber anemia por infección o por deficiente absorción de nutrientes, hipoprotinemia, sobre todo en pacientes que tienden a la cronicidad.

5. **Ileo Paralítico:** Se asocia con hipoxia del intestino e hipocalcemia. Se sospecha cuando existe meteorismo y suboclusión intestinal, en los RX. de abdomen hay dilatación intestinal y niveles hidroaéreos.
6. **Intolerancia a azúcares** debe suponerse cuando después de administrarle leche al paciente, presenta vómitos, aumento de la evacuaciones, eritema de glúteos y distención abdominal.
7. **Neumatosis Intestinal:** Se asocia con Ileo Paralítico, Intolerancia a azúcares e infección bacteriana. Se define como la presencia de aire entre las capas intestinales muscular y mucosa. En la placa de RX se observan imágenes de "doble contorno", "doble líneas paralelas", o "en anillos".
8. **Enterocolitis Necrosante:** Es predominante en recién nacidos, pretérmino de alto riesgo. Se caracteriza por evacuaciones mucosanguinolientas y distención abdominal que expresa necrosis del intestino.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

1. **Perforación Intestinal:** Es la más común y resulta de la lesión progresiva de la pared intestinal.
2. **Peritonitis:** Se acompaña de fiebre elevada (excepto en el R.N.), el dolor abdominal es difuso y se exacerba con los movimientos; el vómito es prolongado y de material verdoso, constipación marcada, inquietud, pulso rápido y respiración superficial, hay hipersensibilidad abdominal difusa con resistencia muscular y rebote, los RX. muestran opacidad difusa del abdomen, engrosamiento de las paredes intestinales y niveles hidroaéreos.
3. **Infarto Intestinal:** Consiste en la necrosis hemorrágica de la pared del intestino, y es secundaria de un fenómeno de coagulación intravascular localizada o diseminada.
4. **Invaginación Intestinal:** Es una complicación poco frecuente de la diarrea aguda y consiste en la introducción de un segmento del intestino en otro. Se manifiesta por un cuadro doloroso, las evacuaciones son como "gelatina de grosella".

ESTADO CRONICO

Diarrea crónica o persistente. Puede constituir una manifestación de trastornos genéticos en los que existe una ausencia de enzimas desdobladoras del azúcar. La falta eventual de estas enzimas puede ser la razón de la persistencia de una diarrea, desaparece si se eliminan los disacáridos de la dieta.

Una diarrea benigna puede persistir durante meses después de una enteritis por salmonella, en la primera infancia desaparece cuando el germen ha sido completamente eliminado. En la zona donde la amibiasis es endémica, ésta puede ser la responsable de una diarrea crónica.

Cohlan ha descrito una forma de diarrea crónica benigna que puede presentarse tanto en la primera como en la segunda infancia, en niños sanos y generalmente de hogares de buena situación socioeconómica, y cuyos progenitores, sobre todo las madres son emocionalmente tensos o inseguros.

MUERTE

La muerte sobreviene generalmente por deshidratación severa, que es causa de los fallecimientos en un 70%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año ocurren 1,300 millones de episodios de diarrea en niños menores de 5 años, y que aproximadamente mueren 4 millones de ellos (estadística de 1990).

Otras causas de muerte son por acidosis metabólica grave, coagulación intravascular diseminada, sepsis, choque séptico o hipovolemia, insuficiencia respiratoria, cardíaca, o trastornos neurológicos. La letalidad varía entre el 10 y el 20% de los casos que ameritan hospitalización.

PREVENCION SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ

CITOLOGIA FECAL: Se solicita generalmente cuando hay diarrea, ya que en la muestra pastosa no se observan ciertas características.

El aspecto de las heces puede ser líquido, semilíquido, blando, semipastoso o pastoso, con gas o sin gas.

El pH es para detectar alcalinidad o acidez.

Color: puede ser blanco, matizado o café normal.

Hemoglobina: Se observa la descamación del epitelio intestinal por amibas, bacterias (shigella, salmonella, e. coli invasora, etc.).

Azúcares reductores: Intolerancia a la lactosa o carbohidratos.

Moco: Descamación del epitelio arrastrando moco.

Bacterias: Comúnmente hay bacterias, si existieran, se solicita un coprocultivo.

Levaduras: Significa que la flora ha sido arrastrada dando origen a hongos.

Grasas: por mala digestión.

Almidón: Mal metabolismo de almidón.

Parásitos: Quistes.

Leucocitos: Infección por pus.

AMIBA EN FRESCO: Forma trofozoítica de la amiba.

SEROAMIBA: Prueba serológica para determinar amiba en fresco.

COPROPARASITOSCOPICO SERIADO: Se toman tres muestras de excremento, se puede observar directa o con técnicas para determinar huevecillos o parásitos por medio de un microscopio; también se buscan sustancias reductoras.

LIQUIDO DUODENAL: El parásito principal relacionado con diarrea es la giardia lamblia, este protozoario es a veces difícil de demostrar en el excremento, y la mejor fuente de microorganismo se obtiene en el aspirado de líquido duodenal, o en la biopsia del intestino delgado.

COPROCULTIVO: La ejecución del coprocultivo desde el principio, es indispensable si hay sangre o leucocitos en el excremento, o si el niño está muy grave; es muy útil para establecer la presencia de colitis. Se coloca una muestra pequeña de excremento en una laminilla de microscopio y se mezcla con una gota de azul de metileno. En presencia de colitis secundaria a shigella, salmonella, escherichia coli invasora, colitis ulcerosa, suele encontrarse gran número de leucocitos.

El coprocultivo se realiza para encontrar la bacteria por medio de siembras, se cultiva en tetracionato, en los estudios coprológicos se buscan huevecillos, parásitos, sustancias reductoras.

BIOMETRIA HEMATICA: La hemoglobina, componente principal de los glóbulos rojos, es una proteína conjugada que sirve de vehículo para el transporte de oxígeno y de CO₂.

HB.: puede haber baja de hemoglobina.

HTO.: El hematocrito es el volumen de eritrocitos expresado como un porcentaje del volumen de sangre total existente.

LEUCOCITOS: Se pueden encontrar normales o aumentados, en casos de gastroenteritis infecciosa, se encuentran alterados.

EOSINOFILOS: Se altera en las parasitosis, valores más altos de los normales.

PRUEBA DE ABSORCION DE LA D-XILOSA

Se administran oralmente 25 grs. de D-Xilosa, y dos horas después se determina su nivel en la sangre; unas cinco horas más tarde, se mide su excreción urinaria. La absorción tiene lugar normalmente, incluso en presencia de esteatorrea pancreática, y está alterada en pacientes con esteatorrea enterógena.

PROCEDIMIENTO

1. El paciente se abstendrá de tomar nada por la boca después de la media noche anterior al día de la prueba.
2. Entre las 8 y las 9 de la mañana, el paciente evacuará el intestino y orinará.
3. Se dan al paciente 25 grs. de D-Xilosa, disueltos en 250 ml. de agua natural, y se anotará la hora.
4. Exactamente dos horas después de la administración de la D-Xilosa, se extraen 3 ml. de sangre oxalatada, y se envía esta muestra inmediatamente al laboratorio.

5. No se permite al paciente ingerir líquidos o alimentos, y ha de permanecer en cama o en una silla hasta que se termine la prueba. El paciente puede presentar una ligera diarrea, algo más tarde, el día de la administración de la D-Xilosa.
6. Se conserva toda la orina eliminada durante la prueba. Cinco horas después de haberse iniciado la prueba, se hace orinar al paciente y se agrega esta orina al resto de la recogida. La orina debe enviarse al laboratorio enseguida.

PRUEBA DE TOLERANCIA A LA LACTOSA POR V.O.

Después del ayuno nocturno, administrar por v.o., 50 grs. de lactosa disueltos en 400 ml. de agua. Tomar muestras de sangre antes y después de 1, 2 y 3 horas de la ingestión, al igual que para una prueba de tolerancia a la glucosa. Recoger también una muestra de heces a las 5 horas, examinarla y registrar su apariencia, consistencia y pH.

TRATAMIENTO OPORTUNO

Prevención o corrección de la deshidratación independiente del microorganismo que ocasione la diarrea aguda, la principal causa de muerte es la deshidratación, por tal motivo, lo primero que debe hacer el médico, es evaluar el estado de hidratación del paciente. A continuación se muestra una guía clínica sencilla para poder decidir que plan de tratamiento de hidratación se debe seguir :

PLAN "A" : Se utiliza en pacientes sin deshidratación.

Esta se previene mediante el incremento de la ingesta de los líquidos que habitualmente toma el paciente y mediante la administración a libre demanda de " Vida Suero Oral". Si el paciente no acepta tomarlo, no quiere decir que no le guste, sino que la diarrea es leve y no lo necesita, cuando la diarrea es abundante, el paciente lo toma con avidez.

PLAN "B" : Se utiliza en pacientes deshidratados que no se encuentran en estado de choque. Al inicio se calculan 100 ml. x Kg. de peso, para 4 horas de administración por vía oral. Sin embargo, el paciente puede tomarlo con avidez y acabar con esa cantidad en un tiempo menor. En este caso se debe seguir ofreciendo vida suero oral a libre demanda.

Si a las 4 horas, el paciente aún continúa deshidratado, se repite el mismo procedimiento; si en cambio, la deshidratación se ha corregido, se pasa al Plan "A".

Solo cuando el estado de hidratación se empeora o no se corrige en 8 horas, deberá de hidratarse por vía intravenosa (150 ml/kg para 4 a 6 horas). Otros datos clínicos que deben hacer indicar la vía intravenosa son: vómitos persistentes (más de 4 por hora), rechazo a la vía oral, distensión abdominal persistente o sospecha de complicación abdominal.

PLAN "C" : Se utiliza en pacientes deshidratados con choque hipovolémico. La meta es que los pacientes reciban hidratación intravenosa por un tiempo corto, no más de 3 a 4 horas, y que cuando sea posible, complete la hidratación por la vía oral.

Disminución del Daño Nutricional: El "viejo concepto" de disminuir la leche o de suspender diferentes alimentos, debe de eliminarse completamente.

Numerosos estudios en años recientes han demostrado que los pacientes con diarrea aguda deben continuar consumiendo los alimentos habituales. Si el niño se alimenta con leche materna, debe seguir tomando a libre demanda.

Si toma leche de vaca (fresca o en polvo), ésta se debe seguir preparando igual y no diluirla, si el paciente vomita, se le dará más lentamente (a cucharaditas) hasta que deje de vomitar.

La alimentación, además de proporcionar los alimentos necesarios para mantener el estado nutricional, propicia la recuperación más rápida de la mucosa intestinal.

Utilización de antimicrobianos solo en caso de diarrea con sangre macroscópica en heces.

Los antimicrobianos no son efectivos contra la mayoría de los microorganismos que causan diarrea. Su uso puede favorecer la resistencia antimicrobiana y recientemente se han considerado como un factor de riesgo en los casos de diarrea persistente.

Por lo tanto, los antimicrobianos no se deben de usar de rutina en los casos de diarrea, y su indicación debe quedar reducida a los casos de diarrea con sangre macroscópica en heces (cuadro de Shigellosis o de amibiasis con invasión a la mucosa intestinal).

LIMITACION DEL DAÑO

Consiste en dar tratamiento oportuno a las complicaciones médicas y quirúrgicas.

Medidas dietéticas adecuadas y oportunas :

La alimentación, además de proporcionar los elementos necesarios para mantener el estado nutricional, propicia la recuperación más rápidamente de la mucosa intestinal. Se ha comprobado que la duración de la diarrea es menor cuando la alimentación es normal. Así mismo, se sabe que la mayoría de los casos de diarrea persistente (más de 14 días de evolución), corresponden a un problema de "desnutrición intestinal" o sea, a una atrofia importante de las vellocidades intestinales, secundaria a la falta de sustratos alimenticios.

Prevención de Secuelas:

Evitar al máximo las complicaciones, brindándole cuidados específicos de una gastroenteritis avanzada.

Si la complicación ya está presente, se le va a tratar adecuadamente de acuerdo a la misma.

En caso de intolerancia a los azúcares, se le realizará detenidamente de P.H. y presencia de azúcar reductor en evacuación, así como retirar temporalmente los azúcares de la dieta del niño. Si el paciente cursa con desnutrición, se le ofrecerá dieta balanceada rica en proteínas, vitaminas, minerales y hierro.

Las convulsiones por deshidratación deben tratarse igual que en otros casos de convulsiones, con diazepam a la dosis de 0.3 mg/kg de peso corporal, si se trata de una deshidratación hiponatémica, aplicar Soluciones de NaCl al 3% ó al 6%.

Se llevará un control clínico después de su restablecimiento.

PREVENCION TERCIARIA

REHABILITACION

Va a ser total ya que por medio del tratamiento y la orientación que se le brinde de todas las medidas higiénicas, alimenticias, y de la vivienda, va a lograr su pronta recuperación.

Enseñarle las señales de alarma para evitar diarreas y sus complicaciones, en caso de que ocurra lo contrario, acudir a una unidad médica.

Estas medidas van dirigidas a lograr la recuperación física, psicológica y social del niño que ha padecido la diarrea y complicaciones.

En el Aspecto Físico; la medida más importante es el manejo de la desnutrición por medio de una educación nutricional, del aspecto económico y cultural adecuado para el paciente y la familia.

Aspecto Emocional: Se requiere soporte moral para la familia y para el enfermo convaleciente, para que reconozcan el origen de la enfermedad, complicaciones de las mismas y la forma de prevenirla.

En el Aspecto Social: Ayudar a integrar al niño dentro de la familia y a ésta en la comunidad, y sobre todo entender que las medidas de educación higiénica, son las más importantes para prevenir la repetición de la diarrea.

CRITERIOS PARA LA VALORACION DE LA CABEZA A LOS PIES

DESCRIPCION DEL PACIENTE

Aspectos Generales: paciente masculino de 7 meses de edad, complexión delgada, piel pálida en buenas condiciones de higiene, su estado nutricional es bueno, bien hidratado, mucosas orales húmedas, su llanto es con lágrimas, irritable, a ratos somnoliento y decaído. Patrón de reposo y sueño se encuentra alterado y con dificultad para conciliar el sueño, duerme a intervalos cortos durante el día y la noche, su edad cronológica concuerda con su edad aparente, movilización, su posición es libremente escogida.

Signos Vitales: Temperatura 39°C
F. Cardíaca 120 por minuto
Respiración 24 por minuto

Somatometría: Peso 7.200 kg.
Talla 71 cm.
Perímetro Cefálico 45 cm.
Perímetro Torácico 45 cm.
Perímetro Abdominal 47 cm.
Perímetro Plantar 10 cm.

Cabeza: tamaño normal, simétrico, edema no hay, lesiones ni cicatrices.

Cara: movimientos y expresión normales.

Cuero Cabelludo: sin alteraciones.

Cabello: escaso, rubio claro, textura suave, brillo normal.

Cejas: hay presencia de cejas, su distribución es adecuada.

Ojos: grandes con alineación normal, color café claro.

Nariz: chica, de acuerdo a su edad.

Garganta: normal.

Labios: simétricos y bien hidratados.

Dientes: ninguno.

Boca y Garganta: deglución normal, tolera bien los alimentos, mucosas orales húmedas.

Voz: balbucea.

Cuello: normal.

Tráquea: normal (valorada por la pediatra).

Tórax: a la auscultación rudeza respiratoria.

Piel: pálida.

Abdomen: globoso, blando depresible, al parecer doloroso a la palpación profunda.

Ruidos: peristalsis acelerada.

Eliminación Intestinal: evacuaciones semilíquidas, verde con moco y sangre en cantidades de 10 evacuaciones en 24 horas.

Eliminación Urinaria: normal, no hay dolor, ni ardor a la micción.

Aparato Genital Masculino: eritema en genital y perianal con pequeñas escoriaciones.

Ano: prolapso rectal grado I: actualmente tiene pequeñas escoriaciones anales que causan rasgos sanguíneos al evacuar.

Extremidades Superiores e Inferiores: con huellas de venopunción en ambos miembros.