

**“ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE  
PACIENTE CON DESNUTRICIÓN  
SECUNDARIA A TRASTORNO MIXTO  
ANSIOSO-DEPRESIVO”**

**Profesionales de rotación: Med. López Carina**

**Lic. Garcete Yuliana**

**Periodo: 2 de Marzo al 24 de Abril**

**Posadas – Misiones**

**2026**

## HISTORIA DEL HOSPITAL DR. PEDRO BALIÑA

**Ubicación geográfica:** El Hospital se encuentra ubicado sobre la Ruta 12 e intersección ingreso a Avda. 147 (Itaembé Mini).

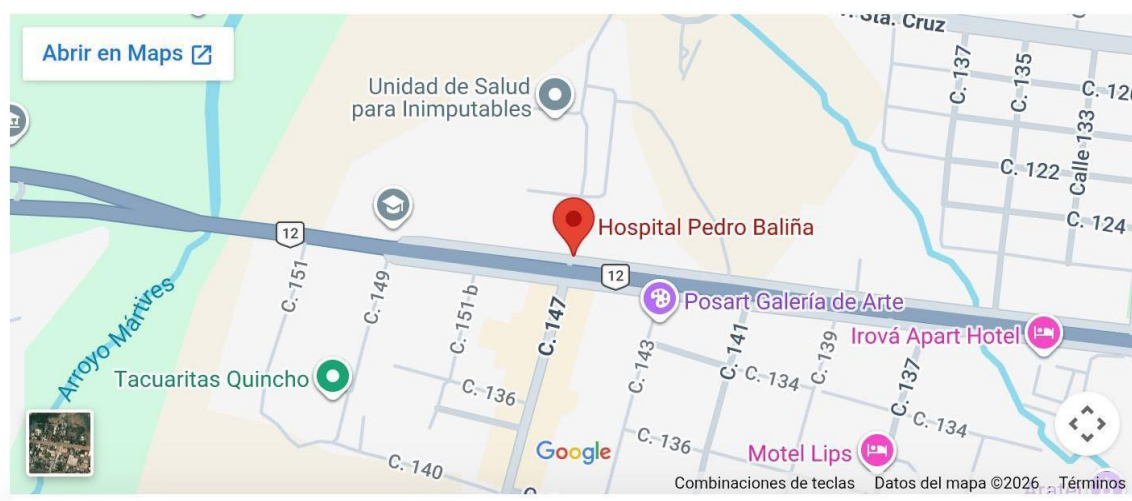
**Directora:** Lic. Laura Bogado

**Coordinador Asistencial:** Dr. Guillermo Vignau

**Financiamiento:** Provincial

**Tipología:** Bajo riesgo con internación simple

**Imagen 1:** Ubicación geográfica del Hospital Baliña.



**Fuente:** Residencias médicas.com.ar

### Datos Estadísticos del año 1995

Se fundó el 6 de febrero de 1936, En esa época la lepra era una enfermedad de carácter endémico en esta zona de Litoral.

Al momento de su creación el Presidente del Depto. de Higiene a nivel Nacional, el Dr. Miguel Passini, la “madrina” la señora Francisca Bedoya de Ruiz y su 1er Director el Dr. Juan Parola. Rinde homenaje al Dr. Pedro Baliña quien era un destacado dermatólogo argentino clave en la Ley de Sanatorios para enfermos de lepra.

Originalmente fue construida como sanatorio-colonia de internación para enfermos de lepra, con un trazado primitivo pero característico, los edificios están separados entre sí por espacios de unos treinta o cuarenta metros con los que quedaba asegurada (en

aquellos tiempos) cierta independencia y privacidad. Estaban divididos en habitaciones, equipadas con dormitorios, un pequeño lavamanos y armarios individuales, pues los pacientes internados permanecían allí por bastante tiempo, incluso algunos de por vida. Recordemos que fue creado a raíz que en esa época todavía no existían medicamentos específicos y los enfermos de lepra debían ser confinados en establecimientos de este tipo. De ahí el nombre de “Sanatorio-Colonia” ya que era prácticamente una pequeña ciudad. Llego a tener 50 hectáreas o más de tierras aptas para el cultivo y la ganadería, luego se fue modificando y transformando gracias al advenimiento de los nuevos fármacos para la lepra como ser: sulfonas, rifampicina, lampren, ect. Así fue como en el año 1970 cedió una parte de su estructura al Hospital de Rehabilitación en Salud Mental. DR. Ramón Carrillo, creándose su 1er H.C el 01/07/1970 N°001.

A partir del año 1988 el Hospital se denomina Hospital de Enfermedades Transmisibles DR. Pedro Baliña, comenzó a dar cobertura de TBC, HIV y LEPRO a la población más cercana.

Hasta la actualidad se conserva el edificio de administración donde vivía el director de la colonia, tenía una iglesia, una comisaria, su propia cárcel y su personal donde hacían panadería y tenían su propia huerta donde los pacientes cultivaban sus hortalizas ellos mismos y las consumían. El hospital prácticamente se autoabastecía de la mayoría de los productos y servicios que necesitaba para funcionar, nació como un hospital a puertas cerradas, pero con el correr del tiempo fue adecuando su estructura asistencial con el objetivo de racionalizar los recursos existentes.

Es un hospital de nivel 1, con servicio de atención de primer nivel, en clínica médica, traumatología, odontología, dermatología, kinesiología, nutrición, psicología, pediatría, cuenta con laboratorio, vacunatorio y servicio de radiología. Con servicio de internación para enfermedades infecciosas como la tuberculosis y programas específicos para VIH, TBC y lepra. Patologías más comunes que se atienden hoy en día: TBC y lepra, también algunas micosis pulmonares y dermatomicosis.

### **Lepra y TBC: ¿cuál es el riesgo de contagio?**

Es la menos transmisible entre las ETS. Prácticamente se debe convivir con un infectado para poder contagiarse y eso depende del estado inmunológico del conviviente, ya que si posee una buena respuesta inmunológica no se contagia, aunque conviva.

Existe un programa Nacional de Lepra que en conjunto con Nación se trabaja para mantenerla controlada y evitar rebrotes, a través del sistema de vigilancia epidemiológica.

A diferencia de lo que ocurre con la TBC que es una enfermedad mucho más transmisible. También existe un programa que colabora activamente con nosotros y es el instituto Nacional de Epidemiología “DR. Emilio Coni” de la provincia de santa fe. Hay que tener en cuenta las complicaciones como la coinfección con HIV muy común. Por ahora la TBC y la lepra se encuentran en una meseta, lo que se quiere lograr con nuestro accionar está dirigido a hacerlas desaparecer mediante el tto y la prevención.

Contamos con un promedio de cuarenta pacientes aprox., son en su mayoría enfermos crónicos, nuestro hospital tiene características de un hospital de larga permanencia: alto porcentaje de ocupación y pocas altas. Al ingresar fármacos de 1ra línea para el tto ambas patologías fueron adquiriendo otra significación: antes se los aislaba a los pacientes con lepra, luego del tto que se podía hacer ambulatorio, se le comenzó a dar mas importancia a los pacientes. Comenzó a progresar el hospital hasta que hoy en la actualidad disponemos con:

- Fármacos que proveen de Nación y Provincia.
- Laboratorio bacteriológico referencial provincial calificado.
- Servicio de Radiología.

**Imagen 2:** Hospital Dr. Pedro Baliña.



**Fuente:** Misionesopina.com.ar

## CASO R. V.: Femenina: adulta

### Evolución cronológica de sintomatología

El día **13/11/25** ingresa la paciente a la Emergencia, consulta por hipotensión arterial. refiere mareos, visión borrosa de 1 hora de evolución, desmayo en su domicilio. Se realizó un breve examen físico donde se encuentra a la paciente con bajo peso. Glasgow 15/15, orientada globalmente. Buena suficiencia cardiorrespiratoria.

AP: Niega - Alergias: niega.

Se realiza laboratorio para ser evaluado por consultorio externo. Se indica vitaminas. Se solicita IC con salud mental y Área de nutrición.

El día **28/11/25** tiene su 1er consulta nutricional: se encuentra a la paciente con bajo peso, "tiene mucho estrés, presenta mareos, en una oportunidad se desmayó". Refiere que siempre fue delgada

Trae Laboratorio alterado: TSH 9.41. bacteriuria microcitos + alteración en el hemograma. Plan Dietario en 24hs: desayuno: té con leche con galletitas o pan con mermelada o fruta almuerzo: guisos, milanesas con arroz, huevo hervidos merienda: no suele hacer mate cena: similar al almuerzo pizza. no hace actividad física.

**22/12/25:** La paciente acude a consultorio externo para control clínico: paciente que no reconoce antecedentes patológicos crónicos previos. consulta por: bajo peso.

Atc toxicos: niega - Atc qx: niega Atc fliares: dbts ii/ atc ginec: g6 ab 4(gemela), p2, fum: incierta, no recuerda.

MAC: niega r-s catarsis habitual, diuresis (episodio de disuria) ocupación: ama de casa

Laboratorio (19/11/25): HB 113/MICOCITOSIS +/- BCOS 4200/ REC PLAQ 357000/ GOT 26/ GPT 21/ FAL 101/ GLUCEMIA 86/ HB A1 5,7/39/ CREAT 0,71/URICEMIA 2,25/ COLESTEROL T 192/TG 51/ HDL 95/LDL 87/ TSH 9,41/T4 8,90/T3 145//ORINA C: PH 6/DENSIDAD 1015/ BACTERIURIA. Solicita ETS.

TTO: Se indica ATB empírico. Se solicita nuevo laboratorio: serología, IGA, TSH-T4-T3, ATPO, ATG.

A los 15 días el **05/01/26** acude nuevamente con los resultados que arrojan: LAB del 23/12/25: HIV(-9),EPB (-),HIV(-).IGA (< 2.0),ATT 393(-),TSH 10,80/T4 7,93/T3 109/ATPO M519/ ATG : < 2

Con los respectivos resultados se indica TTO con levotiroxina 50mcg/día y posterior control en 6 semanas.

Se solicita IC con Ginecología y Área de Nutrición.

El día **12/01/26**: acude al turno con el servicio de nutrición:

Peso habitual referido: 44kg

Peso actual: 37,6kg

Talla: 163cm

IMC: 14,15kg/m<sup>2</sup> (Bajo Peso según IMC) %pérdida del peso corporal: 14,5% pérdida severa del peso corporal.

PLAN ALIMENTARIO: Se indica suplementación calórica vía oral: Fortisip máx. 12 medidas/día = 3 latas Fortisip máx./mes Se brinda educación alimentaria.

Se cita a control en un mes. AL CUAL NO ACUDE.

El **03/02/26** acude al consultorio externo refiriendo disuria de 1 mes de evolución.

Se realiza el CSV y se deriva con el médico clínico quien refiere:

AP: NIEGA.

MC: Dolor abdominal: Paciente que consulta por astenia, y flujo vaginal amarillo, debilidad, hiporexia. relata antecedente de ITU que cumplió tto con norfloxacina por 7 días. Adelgazada con puntos uretrales medios +. Se le solicita laboratorio de orina donde se visualiza: sedimento urinario patológico y se le indico COTRIMOZAXOL 800/160mg POR 7 DIAS. Se rota flia de ATB por posible resistencia. Se brindan pautas de alarma y medidas generales.

El día **05/02/26** acude nuevamente por motivo de consulta de Dolor en hipogastrio de 1 mes de evolución, refiere tto con ATB (48hs) por ITU. Niega fiebre, mialgias, odinofagia, tos, pérdida del olfato/gusto, congestión nasal, niega contacto con personas con síntomas respiratorios, niega vómitos o diarrea. Refiere presentar lesiones en la vulva y contar con turno para Ginecología en el día de mañana.

Al examen físico: paciente en regular estado general, reactiva y colaboradora, afebril y normotensa. orientada globalmente, con Glasgow 15/15, sin signos de focalidad neurológica. Ruidos cardíacos R1 y R2 normofonéticos, sin agregados, y aparato respiratorio con adecuada entrada de aire bilateral, sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Presenta catarsis y diuresis conservadas.

Signos Vitales: FC 88.00 lat/min T° AXILAR 36.00 C TAS 90.00 mmHg TAD 60.00 mmHg SpO2 99.00

Conducta a seguir: se solicita ecografía abdominal + ginecológica. Se indica reevaluación de tratamiento.

ECOGRAFIA GINECOLOGICA: Útero en AVF, de forma conservada. Ecoestructura miometrial homogénea. Diámetros aproximados: 77 x 36 x 37 mm. Endometrio lineal. Ovarios de características conservadas. Fondo de saco de Douglas libre.

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Hígado de forma y tamaño conservado. Ecoestructura conservada. Vía biliar intra y extrahepática conservada.

Vesícula de paredes finas, contenido homogéneo. Páncreas sin alteraciones. Bazo de forma y tamaño conservado. Riñones de forma, tamaño y ecoestructura conservada. Sin evidencia de uronefrosis. No se observa líquido libre en cavidad abdominal.

Se indica acudir al control con ginecología.

El día **06/02/26** acude al servicio de Ginecología por consultorio externo: Paciente femenina adulta, g2p2 FUM: no recuerda.

MC: infección urinaria, en tratamiento con bactrin. Se solicita estudios para evaluar el cuadro. Diagnóstico paciente al momento: alteración ciclo menstrual, desnutrición leve-moderada. Se solicita IC con psicología, nuevamente.

El día **07/02/26** acude nuevamente a la Emergencia, por: Tos con Expectoración de 24hs de evolución con sensación de falta de aire asociado a dolor de mama izquierda de varias horas de evolución. Se la observa adelgazada con resaltos óseos, refiere estar muy ansiosa/nerviosa.

Al CSV: FC 74.00 lat./min FR 18.00 resp/min T° AXILAR 36.00 C TAS 100.00 mmHg TAD 60.00 mmHg SpO2 98.00.

Se indica EV: hidrocortisona 200 + ketorolac 1amp. Se solicita Rx de tórax para evaluación del cuadro.

A la evaluación: ingresa a consultorio por sus propios medios para evaluación de resultados refiriendo consultar por disnea, normotensa, afebril, eupneica. Presenta buena mecánica ventilatoria sin uso de músculos accesorios saturando 99%.

Radiografía de tórax sin particularidades. Se sugiere continuar estudios con médico de cabecera.

**09/02/26:** acude nuevamente a Emergencias por dolor abdominal difuso y ansiedad asociado a descenso de peso. Al momento de la entrevista lucida, marcha eubásica, facie descompuesta. Impresiona ansiosa, con taquicardia. Abdomen blando depresible RH ++++. Se solicita laboratorio de sangre y orina: Sin particularidades.

**12/02/26:** acude a Emergencias compañía de su hermana y madre. Antecedentes: hipotiroidismo. Paciente ingresa al consultorio en silla de ruedas, no responde verbalmente, familiar refiere que la paciente presenta astenia, debilidad generalizada, hiporexia con desnutrición severa, secundario a estado de depresión en contexto de separación de su esposo hace 3 años sin acompañamiento psicológico. Comentan que hace 4 días no ingiere alientos sólidos ni líquidos y no les habla, no logra ingesta de líquidos. Se encuentra visiblemente adelgazada con resaltos óseos,

Signos Vitales FC 70.00 lat/min T° AXILAR 36.00 C TAS 110.00 mmHg TAD 70.00 mmHg SpO2 98.00. beba sin ruidos agregados, saturación 98%

Queda internada con php y se solicita evaluación por salud mental urgente.

**15/02/2026: Atendido por servicio de psiquiatría:** Paciente adulta que concurre a la guardia por presentar conductas impulsivas de dos meses de evolución. presenta antecedente de hipotiroidismo sin seguimiento por endocrinología. medicada con 50mcgr de levotiroxina. Estado de desnutrición, separada hace 3 años dos hijos menores a cargo. AEA: familiares refieren que hace dos meses inicia con conductas impulsivas, refiriendo que quiere irse de la casa, comienza a tener dificultad para deglutir sólidos y semisólidos al día de la fecha solo ingiere papillas y líquidos, adelgazamiento marcado en 2 meses, y al día de la fecha dificultad para hablar con voz débil casi inaudible, pérdida progresiva de fuerza sin capacidad para bipedestarse por sus propios medios. y como la paciente continua con conductas y episodios de crisis nerviosas concurren en el día de la fecha a guardia de salud mental. A la evaluación vigil reactiva afásica, en silla de ruedas, aspecto aliñado, en estado consuntivo, bocio evidente, mucosas impresionan deshidratadas, intranquila, funciones psíquicas no evaluables por falta de expresión verbal de la

paciente, intenta comunicarse con señas. la hermana quien acompaña refiere múltiples atenciones por guardia y que en las mismas sugieren evaluación por salud mental.

Complementarios: laboratorio de 19/11/25 muestran perfil tiroideo alterado. TSH :9,41 T4: 8.90

Dx presuntivo: Trastorno del humor [afectivo] de causa orgánico.

Se solicita derivación para evaluación y descarte de organicidad que justifiquen el estado afectivo. se solicita IC y evaluación por endocrinología urgente.

**18/02/26:** Se realiza traslado para control nutricional, seguimiento clínico y de Salud mental.

Area Nutricion: Peso Actual estimado por fórmula: 30Kg

Talla estimada por fórmula: 163cm

IMC: 11.3

PLAN ALIMENTARIO:

SUPLEMENTACIÓN: fortisip max + botella fortisip + SNG ciclica nocturna.

- Tipo de dieta: procesado hipercalórico.

- Numero de raciones: 5

- Volumen: normal a disminuido

- Densidad calórica: aumentado.

Area Clinica: DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Desnutrición severa y anorexia nerviosa.

**AP:** HIPOTIROIDISMO en tto con Levotiroxina 50 mcg/dia.

**AEA:** ITU en tto hace 5 dias con Bactrin cada 12hs

Alteracion del sensorio por desnutrición severa. Debilidad en miembros, disfagia de 2 meses de evolución asociado a bocio, con pérdida significativa de peso e hiporeactividad en las últimas 2 semanas.

**EXAMEN FÍSICO:** ingresa en silla de ruedas en regular estado general, hemodinamicamente estable, afebril, resto sin particularidades. BEBA sin ruidos agregados, Cardio S/P. pulsos periféricos simétricos regular y de amplitud conservadas. Abdomen: blando depresible indoloro a la palpación profunda sin reacción ni defensa RHA+. Diuresis por SV y catarsis positiva. Se coloca SNG.

**15/02/26:** LABORATORIO: HTO 45, HB 14,6, GB 10,260 A PREDOMINIO DE N83%, PLAQ 415,00, CRE 1,19, U 76, GLU 74, LACTATO 4 -ORINA S/P - TOXICOLOGICO SP

TAC DE CEREBRO: no impresiona lesiones isquémicas u hemorrágicas. no impresiona hallazgos agudos.

**20/02/26: Atendido por servicio de psiquiatría:** Se recibe interconsulta para la paciente que se encuentra cursando 3er día de internación por cuadro de desnutrición severa. Se evalúa a la paciente quien refiere falta de apetito hace aproximadamente 3 meses según refiere, con descenso brusco de peso. También relata, separación de hace 3 años, el cual relaciona con síntomas distímicos, ansiosos y anorexia. No presenta antecedentes de atención en salud mental, manifestando que presentó múltiples atenciones en Salud Clínica solicitando ayuda ante su malestar. Presenta diagnóstico de Hipotiroidismo desde hace aproximadamente 3 meses, en tratamiento con Levotiroxina 0,50mcg, con regular adherencia. Al momento de la evaluación se encuentra vigil, reactiva, aspecto adelgazada, se observan resaltos óseos, aliñada, actitud tranquila y colaboradora, globalmente orientada. Euproséxico, eumnésico, hipobulica, timia displacentera con sentimientos de angustia. Pensamiento de ritmo y curso conservado, contenido no patológico. Sin ideación planificación suicida al momento de la evaluación. Sin alteraciones sensorio-perceptivas aparentes. Refiere insomnio de conciliación e hiporexia. Presenta buena suficiencia cardiorespiratoria. IMC: 11,43. Conducta terapéutica: - Se indica psicoterapia en internación. Se instaura esquema psicofarmacológico compuesto por: Olanzapina 2,5mg en cena. Se suspende CLONAZEPAM 2MG. Se solicita nuevo laboratorio tiroideo en forma particular ya que el Hospital no cuenta con tiras reactivas, el cual por bajo presupuesto económico no se realiza.

El día **20/02/26** se realiza entrevista por Área de Trabajo Social a la madre y a la paciente en sala de internación. Se brinda asesoramiento y acompañamiento durante los días que la hija permanecerá en el hospital. Se realiza Informe Social de Ingreso.

**26/02/26:** Equipo de Psicología del Hospital Carrillo evalúa a la paciente. Al momento de la entrevista vigil, reactiva, colaboradora, aspecto adelgazado, actitud tranquila. Orientada globalmente. Estable en su cuadro psicopatológico con hipobulia

reactiva al distanciamiento de sus hijos producto de la internación, no obstante, mantiene contacto telefónico con los mismos a través de familiares.

Se interroga sobre la duración de la internación. Manifiesta comprender la finalidad de la internación. Comenta continuar con tratamiento con levotiroxina 50mcg hasta próximo laboratorio, a realizarse una vez terminada su internación. Se brinda espacio de escucha y contención. Se aloja malestar. Se otorgan pautas de alarma. Se otorga próximo turno para día 26/3.

**03/03/26:** Se evalúa en equipo interdisciplinario en Salud Mental, no presenta antecedentes de tto en Salud mental. Presenta antecedentes de 4 abortos espontáneos, luego 2 gestas terminadas. Comenta estar casada hace 20 años con el padre de sus hijos, y que vuelve a vivir a posadas hace 3 años por cuestiones económicas, quedándose su marido en el sur trabajando.

AP: artritis con abandono de tto hace 3 años. Hipotiroidismo en tto con levotiroxina 50mcg/día.

ALERGIAS: niega

QX: niega. partos vaginales (2)

TOXICOS: niega

HEREDA-FLIARES: niega

SOCIO-AMB: convive con sus padres y sus 2 hijos (13 y 11 años) en posadas hace 3 años. secundaria completa. terciario incompleto. tiene 2 hermanos más chicos.

EX. Psiq: al momento vigil, reactiva, aspecto aliñado, aseada, actitud tranquila y colaboradora a la entrevista. desorientada alopsíquicamente. euprosexica, hipomnesica, hipobulica, timia displacentera con sentimientos de angustia. pensamiento de ritmo y curso conservados, contenido no patológico. sin alteraciones sensoperceptivas aparentes. sin ideación ni planificación suicida al momento. somnia y orexia conservadas. comenta \"sentir miedo a atragantarse al comer\" y \"miedo a quedarse sola y que su marido no vuelva\", siente la ausencia de su marido a pesar que está en compañía. refiere malestar por no encontrar trabajo acá, refiriendo pensamientos negativos que le generan preocupación.

DX PRESUNTIVO: F41.2 (CIE -10) - F41.1 (CIE-10)

TTO: Se modifica esquema: Olanzapina: 5mg 1 comprimido en la cena. Se realiza contención y espacio de escucha. Se mantiene conducta expectante.

**10/03/26:** Se evalúa a la paciente, quien cursa su 21° día de internación, en compañía de su hermana, quien da aviso de manera urgente que estaba con náuseas después de tomar la colación, y la paciente refiere "no poder tragar" por la sonda, se le solicita que tome agua y que trague saliva la cual realiza sin problemas, aunque sigue insistiendo que no puede tragar y que la sonda le molesta, lo que genera una actitud intranquila con timia displacentera con sentimientos de angustia, ansiedad y desesperación. Se solicita evaluación y control de sonda nasogástrica, la cual al día siguiente se la retiran para pasar a alimentación vía oral solamente.

**11/03/26:** Área Nutrición: PESO AL INGRESO: 30.200KG.

PESO ACTUAL: 37.500KG Aumento de peso desde el ingreso a internación: 7kg aproximadamente.

Se entrevista a la paciente y a la madre desde Área de trabajo social semanalmente. Se le brinda asesoramiento y se efectúa gestión requerida a través de las Redes Institucionales.

**03/03/26 al 26/03:** Se evalúa a la usuaria desde el Área de Psicología y Psiquiatría en internación. Al momento de la entrevista vigil, reactiva, colaboradora, aspecto adelgazado, actitud tranquila. Orientada globalmente. Euproséxica, eumnesica, eubulica, eutímica. Pensamiento de ritmo y curso conservado, contenido no patológico. Sin ideación ni planificación suicida al momento de la evaluación. Sin alteraciones sensorio-perceptivas aparentes. Somnía y orexia conservada.

**20/03:** Paciente refiere sentirse animada debido a la proximidad de su Alta Hospitalaria. Manifiesta querer retirarse en el día de la fecha de la institución ya sea por Alta otorgada por Equipo Tratante o Rechazo Terapéutico. Se le recomienda continuar la internación. Se aloja malestar debido a la situación y se explica la importancia de la Internación y el trabajo en equipo.

PESO ACTUAL: 39,200kg.

**26/03/2026:** Área de Nutrición: PESO 41.100 Kg TALLA 1.65 Mts TAS 102.00 mmHg IMC 15.06 TAD 75.00 mmHg PERIMETRO ABDOMINAL 66.00 cm.

Refiere buena tolerancia oral con aumento de la ingesta de alimentos. Incremento de peso. Se entrega plan alimentario. Suplementación con forstip máx. Se dan indicaciones sobre como tomar la misma. Control en 15 días.

**26/03/2026:** Área de Psicología y posterior con Psiquiatría, en compañía de familiares. Se encuentra estable en su cuadro psicopatológico. Manifiesta sentirse bien anímicamente solicitando alta voluntaria. Comenta haber conversado con hijos sobre internación y refiere que los mismos se encuentran más "independientes". Refiere cierto malestar por no poder cumplir con las tareas de los hijos y se aborda sobre vínculo con ex pareja. Manifiesta haber dejado de trabajar para dedicarse al hogar y crianza de sus hijos, menciona también haber interrumpido estudios universitarios debido a maternidad. Refiere haber vuelto a la provincia hace tres años, mencionando que su ex pareja no pudo acompañarla. Se define a sí misma como alguien "casada" pero separada por la distancia. Al querer profundizar sobre su vínculo de pareja, refiere tener ciertos "principios y valores". Reconoce además que el inicio de malestar comenzó en diciembre hasta febrero donde ocurre su internación, y menciona voluntad de solucionar su cuestión habitacional. Paciente cuenta con red de apoyo familiar. Se otorga el ALTA HOSPITALARIA. Se retira en compañía de familiares.

**30/03/2026:** acude al turno control con medico clínico. Sin particularidades.

**09/04/2026** Paciente que asiste a control con Área de Nutrición: PESO 42.00 Kg TALLA 1.65 Mts TAS 114.00 mmHg IMC 15.43 TAD 85.00 mmHg PERIMETRO ABDOMINAL 66.00 cm.

PLAN ALIMENTARIO: Suplementada con polper B12. Aumentó 1 Kg. Presenta buena adherencia al plan, con variedades en la alimentación y buena tolerancia.

**09/04 y 10/04/26:** por haber paro de colectivo se reprograma turno con Área de Psicología y Psiquiatría.

**16/04/2026:** Paciente acude a la consulta con Psicología y posterior con Psiquiatría, en compañía de su madre. Se encuentra estable en su cuadro psicopatológico. Somnía y orexia conservadas. comenta sentirse bien, acompaña a los hijos a la escuela, y colabora con las actividades de la casa. Refiere aceptar estar separada de su marido, ya que "el esta allá y yo acá, y eso está bien" comenta. se realiza receta con mismo esquema psicofarmacológico v.o.: -Olanzapina 5mg/día. Próximo

turno: 29/05. Se brinda psicoeducación y se dan pautas de alarma. PESO ACTUAL: 42.700kg.

## **DX Presuntivo: Trastorno Mixto Depresivo - Ansioso**

### **Definición**

El **trastorno mixto ansioso-depresivo** (código F41.2 en CIE -10) se caracteriza por la presencia simultánea de síntomas de ansiedad y depresión, ninguno de los cuales predomina de forma clara ni alcanza por sí solo los criterios completos para un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad específico.

Se trata de un cuadro frecuente en la práctica clínica, donde ambos componentes interactúan y potencian el malestar del paciente, afectando su funcionamiento global.

### **Sintomatología**

#### ◆ **Síntomas depresivos**

- Ánimo bajo o displacentero
- Pérdida de interés o placer
- Astenia / fatiga
- Baja autoestima
- Desesperanza
- Trastornos del sueño

#### ◆ **Síntomas ansiosos**

- Preocupación excesiva
- Sensación de tensión o nerviosismo
- Inquietud
- Miedo (en este caso: miedo a atragantarse, miedo a quedarse sola)
- Dificultad para concentrarse

#### ◆ **Síntomas mixtos**

- Pensamientos negativos recurrentes
- Somatizaciones (ej: dificultad para deglutir, síntomas físicos sin base orgánica clara)
- Irritabilidad

- Alteración del apetito (hiporexia o, en algunos casos, hiperfagia)

**Tras la evaluación interdisciplinaria y el descarte de patología orgánica significativa, se interpreta la desnutrición como una manifestación vinculada al malestar psíquico de la paciente**

## **Tratamiento**

### ◆ **Psicofarmacológico**

- Antidepresivos (ISRS en muchos casos)
- Ansiolíticos (según necesidad)
- Antipsicóticos atípicos en dosis bajas, como Olanzapina (útil para ansiedad, insomnio, aumento del apetito)

### ◆ **Psicoterapéutico**

- Terapia cognitivo-conductual
- Espacios de contención y escucha
- Trabajo sobre pensamientos negativos y afrontamiento

## **Intervenciones de Enfermería**

Desde la perspectiva de enfermería en este caso se utiliza el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, teoría que se centra en la idea de que la enfermería tiene como objetivo ayudar a las personas a llevar una vida sana y satisfactoria, debido que permite integrar lo biológico con lo psicológico.

Se evalúa al paciente de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar
2. Necesidad de beber y comer
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de movimiento y reposo
5. Necesidad de dormir y descansar
6. Necesidad de vestirse y desvestirse
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal
8. Necesidad de mantener la higiene corporal

9. Necesidad de evitar peligros/ seguridad
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de practicar la religión o la fe
12. Necesidad de trabajar y sentirse realizado
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprender y descubrir

### **03/03/2026 – Evaluación interdisciplinaria en Salud Mental en contexto de internación**

Se evalúa a paciente femenina adulta, cursando su día 14 de internación, en compañía de su madre, con diagnóstico de desnutrición.

Al momento de la evaluación se encuentra en su unidad, vigil, reactiva, con aspecto aliñado y aseado. Se muestra tranquila y colaboradora durante la entrevista. Se encuentra desorientada alopsíquicamente, euproséxica, hipomnésica e hipobúlica. Presenta timia displacentera, con sentimientos de angustia. Pensamiento con ritmo y curso conservados, contenido no patológico. No se evidencian alteraciones sensoperceptivas. Niega ideación y planificación suicida al momento. Somnía y orexia conservadas. Cuenta con SNG sin signos de obstrucción.

Refiere “miedo a atragantarse al comer” y “miedo a quedarse sola y que su marido no vuelva”. Expresa vivencia de ausencia de su marido a pesar de encontrarse acompañada. Manifiesta malestar por dificultades para conseguir trabajo, con pensamientos negativos recurrentes que le generan preocupación.

Como antecedentes personales, presenta 4 abortos espontáneos y 2 gestas llevadas a término. Refiere matrimonio de 20 años con el padre de sus hijos. Hace 3 años regresa a Posadas por motivos económicos, permaneciendo su marido en el sur por cuestiones laborales.

Antecedentes patológicos: artritis (con abandono de tratamiento hace 3 años) e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina.

Convive con sus padres y sus dos hijos (13 y 11 años). Escolaridad: secundaria completa, terciario incompleto. Tiene dos hermanos menores.

**Diagnóstico presuntivo:** F41.2 (trastorno mixto ansioso-depresivo) – CIE-10.

**Conducta terapéutica:** se indica Olanzapina 5 mg, 1 comprimido en la cena.

Se brinda espacio de escucha activa y contención verbal. Se favorece la expresión emocional y se habilita canal de comunicación ante eventualidades. Se mantiene conducta expectante.

### **Necesidades alteradas**

- **Necesidad de beber y comer:** desnutrición, necesidad de SNG, miedo a atragantarse, dificultad para ingerir sólidos
- **Necesidad de evitar peligros/ seguridad:** sentimientos de angustia, pensamientos negativos, dependencia emocional: miedo a quedarse sola
- **Necesidad de comunicación:** expresar miedos e inseguridades, vivencia de abandono (marido), necesidad de contención emocional
- **Necesidad de movimiento y reposo:** debilidad general
- **Necesidad de aprender y descubrir:** requiere psicoeducación, dificultades de afrontamiento, pensamientos negativos
- **Necesidad de practicar la religión/fe:** presenta conflictiva vincular (separación), malestar por rol social (familia, trabajo)
- **Necesidad de trabajar y sentirse realizado:** no consigue trabajo, le genera angustia y ansiedad

Las necesidades más comprometidas en la paciente son: alimentación, seguridad emocional, comunicación, aprendizaje/afrontamiento y rol social, evidenciando un abordaje integral desde enfermería tanto en lo físico como en lo psíquico.

### **Diagnósticos de Enfermería**

→ **DX: 00146** – Ansiedad relacionado con estrés situacional (separación, situación socioeconómica) manifestado por angustia, temor, pensamientos negativos

**NOC: 1211 – Nivel de ansiedad**

**Indicadores:**

- 121101 Inquietud
- 121105 Expresión de preocupaciones

- 121117 Control de la ansiedad

**NIC: 5820 – Disminución de la ansiedad**

**Actividades:**

- Proporcionar ambiente tranquilo
- Permanecer con el paciente en momentos de ansiedad
- Fomentar la verbalización de sentimientos
- Enseñar ejercicios de respiración

**5270 – Apoyo emocional**

**Actividades:**

- Escuchar activamente
- Validar emociones
- Facilitar expresión emocional

→ **DX: 00002** - Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimentos, factores psicológicos (ansiedad, miedo a atragantarse) manifestado por bajo peso, desnutrición, necesidad de SNG

**NOC: 1004 – Estado nutricional**

**Indicadores:**

- 100401 Ingesta alimentaria
- 100402 Ingesta de líquidos
- 100404 Energía
- 100406 Peso corporal

**NIC: 5246 – Asesoramiento/ psicoeducación nutricional**

**Actividades:**

- Psicoeducar sobre requerimientos nutricionales y la importancia de los mismos
- Identificar barreras para la ingesta, supervisar alimentación ante reticencia de la misma por miedo
- Reforzar conductas alimentarias positivas

→ **DX: 00069 Afrontamiento ineficaz relacionado con** crisis situacional (separación, desempleo) manifestado por pensamientos negativos, dificultad para adaptarse

**NOC: 1302 – Afrontamiento de problemas**

**Indicadores:**

- 130201 Identifica problemas
- 130203 Utiliza estrategias de afrontamiento
- 130207 Controla el estrés

**NIC: 5230 – Mejorar el afrontamiento**

**Actividades:**

- Ayudar a identificar factores estresantes
- Fomentar estrategias adaptativas
- Reforzar logros

**5602 – Enseñanza: proceso de enfermedad**

**Actividades:**

- Educar sobre ansiedad y síntomas
- Explicar relación pensamiento-emoción

→ **DX: 00103 - Deterioro de la deglución relacionado con** miedo a atragantarse manifestado por dificultad para ingerir sólidos.

**NOC 1010 – Estado de la deglución**

**Indicadores:**

- 101001 Capacidad para deglutir
- 101002 Seguridad al tragar
- 101004 Ausencia de aspiración

**NIC: 3200 – Precauciones para la aspiración - NIC 1100 – Manejo de la nutrición**

**Actividades:**

- Supervisar durante la alimentación
- Colocar en posición adecuada
- Administrar alimentos según tolerancia

## **16/04/2026 – Evaluación interdisciplinaria en salud mental (seguimiento ambulatorio)**

Se evalúa a paciente femenina adulta, quien acude a control en compañía de su madre.

Al momento de la evaluación se presenta vigil, reactiva, aspecto aliñado. Se muestra tranquila y colaboradora durante la entrevista. Se encuentra orientada globalmente, euprosexica, eumnésica, eubúlica y eutímica. Pensamiento con ritmo y curso conservados, contenido no patológico. No se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas. Niega ideación y planificación suicida al momento. Somnía y orexia conservadas.

Refiere sentirse bien. Retoma actividades de la vida diaria, acompañando a sus hijos a la escuela y colaborando con tareas del hogar. Manifiesta aceptación de la situación vincular con su marido, expresando: “él está allá y yo acá, y eso está bien”.

Se indica continuidad de tratamiento psicofarmacológico por vía oral con Olanzapina 5 mg/día, hasta próximo control el día 29/05.

Se brinda espacio de escucha y contención, se realiza psicoeducación y se informan pautas de alarma.

### **Evolución de la paciente e integración del abordaje interdisciplinario**

A partir de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería, basado en el modelo de Virginia Henderson, se abordaron de manera integral las necesidades alteradas de la paciente, principalmente aquellas relacionadas con la alimentación, la seguridad emocional, la comunicación y el afrontamiento.

Durante la internación, la paciente presentaba desnutrición severa, miedo a la deglución, ansiedad significativa y afrontamiento ineficaz, lo que se manifestaba en dificultades para la ingesta, pensamientos negativos recurrentes y elevada dependencia emocional. En este contexto, las intervenciones de enfermería orientadas al manejo nutricional, la contención emocional, la psicoeducación y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento favorecieron una evolución progresiva, evidenciada por la reintroducción de la alimentación por vía oral, el aumento de peso y la disminución del temor a atragantarse.

De manera simultánea, el abordaje interdisciplinario resultó fundamental para la comprensión integral del caso. En este proceso, se consideraron diagnósticos diferenciales, incluyendo trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, los cuales fueron descartados al no evidenciarse distorsión de la imagen corporal ni temor a aumentar de peso, siendo la restricción alimentaria secundaria al miedo a la deglución y a la ansiedad. Asimismo, tras el descarte de patología orgánica significativa, el cuadro fue reorientado hacia un trastorno mixto ansioso-depresivo como base de la sintomatología.

En este sentido, la intervención médica, en conjunto con enfermería, permitió no solo el proceso diagnóstico sino también la instauración y seguimiento del tratamiento psicofarmacológico con Olanzapina, contribuyendo a la estabilización clínica. Desde enfermería, se acompañó este proceso mediante la promoción de la adherencia terapéutica, la contención emocional y el acompañamiento en la alimentación.

En el seguimiento ambulatorio, se evidencia una mejoría clínica significativa, con estabilidad emocional, eutimia, adecuada ingesta alimentaria y recuperación del funcionamiento en actividades de la vida diaria, así como una resignificación de su situación vincular, con mayor aceptación de la separación conyugal y disminución de pensamientos negativos.

En todo el proceso, la aplicación del modelo de Hildegard Peplau resultó clave, ya que la relación terapéutica enfermera-paciente constituyó un pilar fundamental. A través de la escucha activa, la contención emocional y la comunicación terapéutica, se logró establecer un vínculo de confianza que permitió a la paciente expresar sus temores, disminuir la ansiedad y desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas.

De este modo, la evolución de la paciente pone en evidencia la importancia de un abordaje integral en salud mental, considerando al individuo en su contexto biopsicosocial y no únicamente desde la sintomatología física. La comprensión de su contexto vital permitió interpretar la desnutrición no solo como un cuadro orgánico, sino como una manifestación de malestar psíquico, orientando las intervenciones hacia un tratamiento más adecuado y efectivo.

Este caso nos recuerda que detrás de un síntoma físico puede existir un sufrimiento emocional no expresado, y que solo a través de la escucha y la mirada integral es posible brindar un cuidado verdaderamente significativo.

**“No siempre se trata solo de alimentar el cuerpo, sino de comprender qué aspectos de la vida del paciente han dejado de nutrirse.”**

## Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (7.a ed.)*. Elsevier.

Establecimientos de Salud. (2026). *Hospital de enfermedades transmisibles Dr. Pedro Baliña*. <https://ar.establecimientosdesalud.info/hospital-de-enfermedades-transmisibles-dr-pedro-balia/>

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023 (12.a ed.)*. Elsevier.

Misiones Online. (2019, julio 13). *Hospital Baliña cuenta con consultorio de educación sanitaria para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles*. <https://misionesonline.net/2019/07/13/hospital-balina-cuenta-consultorio-educacion-sanitaria-pacientes-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2019). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud (6.a ed.)*. Elsevier.

## Anexo

**Foto 1:** Equipo de enfermería del Hospital Dr. Pedro Baliña



**Fuente:** Elaboración propia.

**Foto 2:** Equipo de enfermería del Hospital Dr. Pedro Baliña



**Fuente:** Elaboración propia.

**Foto 3:** Equipo de enfermería del Hospital Dr. Pedro Baliña



**Fuente:** Elaboración propia.