



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREESCOLAR DE DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR Y DESNUTRICION PROTEICO CALORICO SEVERO

AUTOR

SANCHEZ COELLO DENISSE DAYANA

TUTOR

Dra. JANETH REINA HURTADO ASTUDILLO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	13
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
1.3 DATOS GENERALES	15
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	16
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).....	16
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	16
2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA).....	17
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	20
2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.	22
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EN ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	22
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	27
2.8 SEGUIMIENTO	28
2.9 OBSERVACIONES	30
CONCLUSIONES.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este caso clínico a Dios porque siempre me acompañó a lo largo de mi carrera guiándome en mis triunfos como en mis momentos difíciles y por haberme brindado la sabiduría necesaria para poder llegar hasta este momento tan importante en mi formación como profesional.

A mis amados padres por su sacrificio y esfuerzo incondicional a lo largo de mi carrera, por sus consejos la cual los recibí con todo el amor del mundo. Y sobre todo, por brindarme su apoyo económico sin ello no hubiese podido estudiar. Y quienes me daban la fortaleza para nunca renunciar a pesar de los momentos difíciles que se me presentaron durante mi camino para mi formación profesional.

SANCHEZ COELLO DENISSE DAYANA

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento inmensamente a Dios por estar siempre a mi lado y brindarme su mano cuando estaba por caer y por bendecirme en toda mi trayectoria académica.

A mi docente tutor la Dra. Janeth Hurtado Astudillo por ser la persona que guio nuestro trabajo en todo momento e impartió sus sabios conocimientos para culminar con éxito nuestro trabajo de titulación.

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo y a cada uno de los docentes por brindarnos sus conocimientos durante toda la carrera universitaria y formarnos como profesionales de bien. Al Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, por abrirnos sus puertas y apoyarnos en la recolección de datos para este estudio de caso clínico.

SANCHEZ COELLO DENISSE DAYANA

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREESCOLAR DE DEFECTO
DEL TABIQUE VENTRICULAR Y DESNUTRICION PROTEICO CALORICO
SEVERO

RESUMEN

El presente caso clínico tiene como objetivo aplicar en el proceso de atención de enfermería en paciente preescolar con defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severa. Durante el proceso de valoración de enfermería se procede a la toma de signos vitales observando, una temperatura de 35,2°C, 40 respiraciones por minuto, presión arterial de 70/50 mmhg, saturación de oxígeno de 82% y el control de las medidas antropométricas dando como resultado un peso de 6,2 kg, talla de 72 cm, con un IMC de 11.57 lo que indica bajo peso, en el examen físico se evidencia cianosis peribucal, tiraje intercostal y dificultad para respirar. Médico ordena que se le realice de manera inmediata un Rx de tórax, un ecocardiograma, exámenes hematológicos, uroanálisis, coprológico, química sanguínea y prueba de IgG-IgM. Luego de la valoración y los resultados de exámenes, se obtuvo el diagnóstico médico de la paciente. La presente investigación acerca de este caso clínico hace referencia a las patologías que presento la paciente, sus causas, signos clínicos, factores de riesgo y complicaciones. Por lo tanto, se procede a realizar el proceso de atención de enfermería enfocándose en los patrones funcionales alterados y en base a estos realizar el diagnóstico de enfermería con sus intervenciones mediante la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Se realizó el seguimiento y el control correspondiente a la paciente. Durante la estancia de la paciente en el hospital se obtuvo resultados favorables donde fue valorada y dada de alta en buenas condiciones clínicas.

Palabras claves: Defecto del tabique ventricular, Desnutrición proteico calórico, Macronutrientes, Proceso de atención de enfermería, cianosis peribucal, tiraje intercostal.

ABSTRACT

The present clinical case aims to apply in the nursing care process in preschool patients with ventricular septal defect and severe caloric protein malnutrition. During the nursing assessment process, vital signs are taken by observing, a temperature of 35.2°C, 40 breaths per minute, blood pressure of 70/50 mmhg, oxygen saturation of 82% and monitoring of anthropometric measurements resulting in a weight of 6.2 kg. Size of 72 cm, with a BMI of 11.57 indicating low weight, the physical examination shows perioral cyanosis, intercostal strain and difficulty breathing. Doctor orders that a chest X-ray, an echocardiogram, hematological examinations, uroanalysis, coprologic examination be performed immediately. Blood chemistry and IgG-IgM test. After the assessment and the results of the tests, the patient's medical diagnosis was obtained. The present research on this clinical case refers to the pathologies presented by the patient, their causes, clinical signs, risk factors and complications. Therefore, the nursing care process is carried out focusing on altered functional patterns and based on these performing the nursing diagnosis with their interventions by applying the NANDA, NIC and NOC taxonomies. Follow-up and control were performed for the patient. During the patient's stay in the hospital, favorable results were obtained where he was assessed and discharged in good clinical conditions.

Keywords: Ventricular septal defect, Caloric protein malnutrition, Macronutrients, Nursing care process, perioral cyanosis, intercostal pulling.

INTRODUCCION

Podemos definir a los defectos del tabique ventricular o comunicación interventricular como deficiencias en el corazón que pueden variar en el tamaño, número y localización. (Argueta, 2018)

La prevalencia en el mundo es de 8 a 12 casos por cada 1000 nacidos vivos. Entonces las cardiopatías congénitas son las responsables del 20 al 30 % de las muertes neonatales la más frecuente es la comunicación interventricular (CIV) con un 18-20 % del total. (Santos, 2020). Las manifestaciones clínicas del defecto del tabique ventricular se desarrollan cuando el bebé tiene entre 6 y 8 semanas de edad y consisten en respiración rápida, dificultad para alimentarse y aumento lento de peso. (Baffa, 2019)

La desnutrición proteica calórica severa como definición podemos decir que es una deficiencia energética causada por el déficit de todos los macronutrientes. (Morley, 2020). Se estima que al menos 500 000 de niños sufren en todo el mundo algún grado de desnutrición proteico calórica, por otro lado, en encuestas hechas en Asia, África y América Latina se indica que aproximadamente 3 % de desnutrición severa. (Ledea, 2017). En cuanto a las manifestaciones clínicas disminuyen el tamaño del corazón y el gasto cardíaco; el pulso se desacelera, disminuye la presión arterial. Hay un descenso de la temperatura corporal. (Morley, 2020).

El presente estudio de caso clínico, desarrollado en una paciente preescolar con defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica. Se procedió a la valoración de la paciente y a detectar los patrones que estaban alterados, para luego poder desarrollar del Proceso de Atención de Enfermería para mejorar la salud del paciente durante su estancia hospitalaria obteniendo así resultados positivos del paciente.

I. MARCO TEORICO

CONCEPTO

El defecto del tabique ventricular o comunicación interventricular es un defecto congénito del corazón que esto ocurre cuando existe una abertura anormal en la pared que separa los ventrículos derecho e izquierdo. (Thomas S, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

La comunicación interventricular o defecto del tabique ventricular es la malformación cardiaca esta es la más frecuente y es de un 25% de todas las cardiopatías congénitas. En cuanto a la prevalencia está en un rango de 1 y 3,5/1000 de recién nacidos vivos, mayor en los prematuros, sin embargo, recientemente se han dado cifras más elevadas, hasta de 50/1000 de recién nacidos vivos. (Avilés, 2019)

En cuanto a la cardiopatía congénita la cual se asocia con mayor frecuencia a los síndromes cromosómicos incluyendo trisomía 13, 18 y 21, así como síndromes raros asociados con los grupos 4, 5 y c de mosaicismoo, además del síndrome de Apert, aunque en el 95% de los casos la CIV no está asociada a anomalía cromosómica. En algunos muchos estudios se informa una frecuencia ligeramente mayor en el sexo femenino (Hoffman y Rudolf, 56% mujeres y 44% hombres). (Rodriguez, 2018)

FISIOPATOLOGIA

En cuanto a la consecuencia de la válvula aórtica izquierda-derecha que se produce al pasar libremente la sangre por la CIV hay un hiperaflujo pulmonar. Por ende, la sangre oxigenada que proviene del ventrículo izquierdo esta recircula inútilmente por el pulmón sin pasar por la circulación sistémica y sobrecarga de trabajo y volumen sanguíneo a los pulmones, ambos ventrículos, aurícula izquierda

y también a las arterias pulmonares. La cantidad de sangre que pasa del ventrículo izquierdo al ventrículo derecho este depende del:

- Tamaño del defecto
- Diferencia de la presión entre ambas cavidades ventriculares
- Resistencias pulmonares y sistémicas.

La sangre que está en el ventrículo izquierdo tiene dos caminos que son: La que va hacia la aorta y circulación sistémica o hacia el ventrículo derecho y los pulmones.

En consecuencia, de este cortocircuito se produce una dilatación de las cavidades ventriculares, arteria pulmonar y aurícula izquierda. Si es severa puede invertirse el sentido del cortocircuito pasa de izquierda-derecha a derecha-izquierda, al aumentar las resistencias pulmonares y como consecuencia las presiones del corazón derecho. (Rodriguez, 2018)

CAUSAS

Antes de que el recién nacido nazca los ventrículos izquierdos y derecho de su corazón no están separados. A medida que el feto crece se forma una pared para separar estos 2 ventrículos. Entonces si la pared no se forma por completo queda un orificio que se conoce como comunicación interventricular.

Es posible que el neonato no presente síntomas y el orificio se puede cerrar con el tiempo, a medida que la pared continúa creciendo después del nacimiento. Si el orificio es grande entonces bombeará demasiada sangre a los pulmones. Esto puede llevar a una insuficiencia cardíaca. Entonces la causa de este problema aún no se conoce y este defecto se presenta con frecuencia y e viene acompañadas con otras anomalías cardíacas congénitas. (Rodriguez, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Las causas de los defectos cardiacos en la mayoría de los neonatos no se conocen. Muchos de los neonatos tienen defectos cardiacos debido a los cambios en sus genes o cromosomas.

Por ello se cree que estos defectos cardiacos son causados por una combinación de genes y otros factores de riesgo, como los elementos con los que entra en contacto la madre y con el ambiente, uno de ellos es por los alimentos, bebidas que ingiere o por medicamentos que usa. (Rodriguez, 2018)

CLASIFICACION

- **La CIV membranosa o paramembranosa:** Esta es la más recuente con un 75% y esta se localiza por debajo de la válvula aórtica y también se encuentra ubicada detrás de la valva septal de la tricúspide, esta con frecuencia se extiende hacia el septo de entrada.
- **La CIV supracristal del septo de salida:** Esta se encuentra localizada por debajo de las válvulas de ambos troncos arteriales. Que corresponde a un 5-7% y estas no suele cerrarse espontáneamente.
- **La CIV muscular:** Estas corresponden al 15% de las CIV y se encuentran localizadas en la zona muscular del septo, en la zona central o también en la apical. Estas pueden ser múltiples y su cierre espontáneo es muy frecuente.
- **La CIV del septo de entrada:** Estas corresponde a un 5% de las CIV, también podemos decir que es un defecto posterior y superior, cerca del anillo tricuspídeo. Estas se asocian a CIA como parte del Canal AV. (Velasquez, 2017)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas no dependen de la localización del defecto sino del tamaño del orificio de la CIV, de los cambios que se producen en el flujo sanguíneo y en las presiones de la circulación pulmonar. (Avilés, 2019)

Los síntomas que son los más comunes de la comunicación interventricular encontramos los siguientes que vienen acompañados con la edad en la que ocurre por primera vez, el tamaño de la abertura que afectará el tipo de la patología cardíaca son:

- Fatiga
- Sudor
- Respiración rápida
- Respiración dificultosa
- congestión respiratoria
- falta de interés por comida o cansancio al comer
- fallas en el aumento de peso (Velasquez, 2017)

DIAGNOSTICO

El examen físico de la comunicación interventricular sugiere el diagnóstico por:

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma (ECG)
- Ecocardiografía

Si la comunicación interventricular es grande entonces la radiografía de tórax muestra cardiomegalia y aumento de la trama vascular pulmonar. El ECG puede revelar hipertrofia ventricular derecha o hipertrofia ventricular combinada y en

ocasiones hipertrofia auricular izquierda. El ECG y la radiografía de tórax son normales si la comunicación interventricular es pequeña.

La ecocardiografía bidimensional confirma el diagnóstico y puede aportar información anatómica y hemodinámica importante, como la localización y el tamaño de la comunicación y la presión ventricular derecha. (Beerman, 2020)

TRATAMIENTO

- En caso de insuficiencia cardíaca el tratamiento médico son diuréticos, digoxina, inhibidores de la ECA
- En ocasiones puede haber la reparación quirúrgica

Entonces una comunicación pequeña que permanece abierta no requiere tratamiento médico, ni quirúrgico y menos probable que las comunicaciones grandes se cierren espontáneamente.

Los diuréticos como la digoxina y los inhibidores de la ECA pueden ser útiles para controlar los síntomas de insuficiencia cardíaca antes de la cirugía cardíaca y también contemporizar en lactantes con comunicación interventricular moderadas que pueden cerrarse espontáneamente con el tiempo.

Entonces si los lactantes no responden al tratamiento médico y tienen escaso crecimiento a menudo se recomienda la reparación quirúrgica durante los primeros meses de vida. (Beerman, 2020)

COMPLICACIONES

Entonces las comunicaciones medianas o grandes pueden provocar una serie de discapacidades, desde las leves hasta las potencialmente mortales pueden ser las siguientes:

- **Insuficiencia cardíaca:** entonces el corazón que tenga una comunicación interventricular de tamaño medio o grande este trabaja mucho más y entonces va a bombear demasiada sangre a hacia los pulmones.
- **Hipertensión pulmonar:** El aumento del flujo sanguíneo hacia los pulmones, debido a una comunicación interventricular provoca presión arterial alta en las arterias de los pulmones, lo cual puede dañarlos de forma permanente. Entonces esta complicación puede provocar un flujo sanguíneo inverso a través del orificio.
- **Endocarditis.** Esta infección cardíaca es una complicación poco común.
- **Otros problemas cardíacos.** Son ritmos cardíacos anormales y problemas de las válvulas. (Mayo Clinic, 2021)

DESNUTRICION PROTEICO CALORICO

CONCEPTO

La desnutrición proteico calórica es una enfermedad multisistémica esta afecta a todos los órganos y sistemas, producida por la disminución drástica aguda o crónica de nutrientes, por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o conjugación de dos o más de estos factores. (Nowell, 2017)

EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo al informe el cual participaron la FAO, FIDA, UNICEF, OMS y el Programa Mundial de Alimentos (WFP), hace mención que en América Latina y el Caribe la malnutrición está avanzando en esta región, entonces para el año 2018, 4.8 millones de niños tenían retardo en talla y 700.000 sufrían de inanición.

Pueda que estas cifras parecen enormes, según el informe antes mencionado, todas las regiones del mundo tenían niveles de prevalencia considerados medios (entre 5% y 9%) para la desnutrición aguda infantil, excepto en América Latina y el Caribe que tenían una prevalencia muy baja (1.3%).

Entonces estas cifras demuestran que estamos lejos de alcanzar los objetivos de Desarrollo Sostenibles 2030. Entonces esta es la razón por la que WFP sigue trabajando fuertemente para así brindar asistencia alimentaria a los más vulnerables y promover también la nutrición en el mundo. Ecuador no se escapa a esta terrible realidad ya que según el Programa Mundial de Alimentos en América Latina es el cuarto país latinoamericano que presenta altos índices de desnutrición infantil.

En cuanto a las tasas más elevadas de desnutrición que se encuentran en la Sierra como en el Chimborazo el 40.3%, Cotopaxi 34.2%, Bolívar 31.7% y la zona rural del Azuay el 46.5% de niños menores de cinco años. De esta manera se demostró que la desnutrición infantil en Ecuador se logró conocer a través de estudios realizados por pediatras que la desnutrición tiene incidencias significativas en el sistema motriz del niño, trayendo consecuencias graves de aprendizaje, así como síntomas de cansancio físico y mental en el desempeño de sus actividades diarias. (Quintana, Ochoa, & Segovia, 2020)

FISIOPATOLOGIA

Entonces podemos decir que para la respuesta metabólica inicial a la grasa es el descenso. Para aportar energía lo que hace en primer lugar el organismo degradar grasa parda. En cuando estos tejidos pierden sus reservas el cuerpo puede usar proteínas para obtener energía lo que conduce a un balance negativo de nitrógeno.

Se degradan las vísceras, los músculos y se pierde peso. Entonces esta pérdida de peso es más marcada en el hígado y el intestino, en el corazón y los riñones y menor en el sistema nervioso. (Morley, 2020).

CAUSAS

La desnutrición calórica proteica en el mundo afecta sobre todo a niños y adultos mayores que no tienen acceso a los nutrientes necesarios.

Existen muchos tipos de desnutrición y pueden tener distintas causas. Algunas causas incluyen:

- Una mala alimentación
- Una Inanición debido a la falta de disponibilidad de alimentos
- Los trastornos alimentarios
- Los problemas para digerir alimentos o absorber nutrientes de los alimentos

Muchas veces la desnutrición es muy leve y no causa ningún síntoma. En otras ocasiones puede ser tan grave que el daño que causa al cuerpo es permanente, aunque usted sobreviva. (Morley, 2020).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo incluidos fueron:

- Demográfica
- Riesgos de salud directos como el peso, talla, parasitosis, estado de vacunación.
- Riesgos de salud indirectos como el manejo de alimentos, manejo de basura, desalojo de aguas servidas, tipo de agua para consumir.
- Otros riesgos como conocimientos sobre higiene que presentan. (Rosario, 2018)

CLASIFICACION

La desnutrición calórica proteica se clasifica en leve, moderada o grave. El grado está determinado por el cálculo del peso como porcentaje de un peso deseado para la altura o talla puede ser:

Desnutrición calórica proteica primaria

La desnutrición calórica proteica primaria crónica en los niños tiene dos formas frecuentes: marasmo y kwashiorkor.

En cuanto al marasmo también es conocido como la forma seca de la desnutrición calórica proteica causa pérdida de peso y depleción de la grasa y de la masa muscular.

El kwashiorkor también se lo denomina forma edematosa es un riesgo que se observa luego del abandono temprano de la lactancia materna. También puede ser resultado de una enfermedad aguda con frecuencia la gastroenteritis.

Tanto en el marasmo como en el kwashiorkor las infecciones bacterianas como por ejemplo: neumonía , gastroenteritis , otitis media , infecciones urinarias y sepsis, son frecuentes.

La inanición es la falta total de nutrientes. En ocasiones es voluntaria (como en el caso del ayuno o de anorexia nerviosa), aunque puede ser secundaria a factores externos como durante hambrunas o exposición a la naturaleza.

Desnutrición calórico-proteica secundaria

Este tipo suele ser resultado de:

- **Trastornos que afectan la función gastrointestinal:** Aquellos pueden interferir con la digestión como la insuficiencia pancreática, la absorción como enteritis y enteropatías o el transporte linfático de nutrientes como la fibrosis retroperitoneal y enfermedad de Milroy.
- **Los trastornos consuntivos:** En cuanto a este tipo de trastornos por ejemplo: sida , cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en la insuficiencia renal , el catabolismo causa un aumento de citosinas, que a su vez ocasionan desnutrición por mecanismos como la anorexia y la caquexia que es la pérdida de masa muscular y de grasa.
- **Condiciones que pueden aumentar las demandas metabólicas:** por ejemplo: Infecciones , hipertiroidismo , feocromocitoma y otros trastornos

endocrinos, quemaduras , traumatismos, cirugías y otras enfermedades críticas. (Morley, 2020).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La desnutrición calórica proteica en los lactantes el marasmo causa hambre, pérdida de peso, retraso del crecimiento y pérdida de grasa subcutánea y de masa muscular. Las costillas como los huesos de la cara estos se vuelven prominentes. Entonces la piel se vuelve laxa y cuelga en pliegues.

El kwashiorkor este se caracteriza por la presencia de edema periférico y periorbitario este se da debido a una disminución de la albúmina sérica. En cuanto al abdomen este protruye por la debilidad de los músculos abdominales, el intestino está distendido, el hígado se encuentra agrandado y hay ascitis.

La piel se observa seca, fina y arrugada, puede haber hiperpigmentación y se observan fisuras. La piel también se puede hipopigmentarse y volverse friable e atrófica. En cuanto al cabello se vuelve fino de color pardo rojizo o grisáceo. El cabello del cuero cabelludo este se cae con facilidad y con el tiempo se vuelve ralo, y las pestañas pueden crecer demasiado.

En cuanto a la inanición absoluta es letal en 8 a 12 semanas. Muchos de los síntomas de la desnutrición calórica proteica no tienen tiempo para desarrollarse. (Morley, 2020).

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico suele basarse en la anamnesis y el examen físico del paciente.
- Para establecer la gravedad se valora en índice de masa corporal (IMC), albúmina sérica, recuento total de linfocitos, recuento de CD4+, transferrina sérica.

- En cuanto al diagnóstico, complicaciones y consecuencias se realiza un hemograma completo, electrolitos, nitrógeno ureico en sangre, glucemia, calcemia, magnesemia, fosfatemia. (Morley, 2020).

TRATAMIENTO

- Se realiza alimentación por vía enteral
- Se debe evitar la lactosa (p. ej., si la diarrea persistente se sugiere intolerancia a la lactosa)
- Tratamiento de sostén (p. ej., modificaciones ambientales, asistencia en la alimentación y fármacos)
- En los niños se debe retrasar la alimentación durante 24 a 48 horas

En cuanto a la desnutrición calórica proteica leve o moderada esta puede tratarse con una dieta equilibrada, de preferencia por vía oral. Entones se pueden utilizar suplementos alimentarios líquidos por vía oral cuando no se toleran bien los alimentos sólidos.

Entonces la desnutrición calórica proteica grave requiere de un tratamiento en un hospital y también una dieta controlada. Lo que se trata de corregir son las anomalías hidroelectrolíticas y tratar las infecciones. Los niños se pueden beneficiar con la profilaxis antibiótica. La cuanto a otra alternativa es administrar macronutrientes por vía oral o de ser necesario cuando hay trastornos de la deglución mediante una sonda nasogástrica. (Morley, 2020).

COMPLICACIONES

Los tratamientos que se realizan pueden ocasionar complicaciones como el síndrome de realimentación, sobrecarga hídrica, déficit de electrolitos, hiperglucemia, arritmias cardíacas y diarrea. En cuanto a la diarrea que se presenta puede suele ser leve y se resuelve en pacientes con desnutrición calórica proteica grave causa deshidratación grave y puede causar la muerte.

La desnutrición calórica proteica puede afectar las funciones cardíaca y renal, por lo que la sobrehidratación puede causar una sobrecarga de volumen intravascular. Este tratamiento va a disminuir los niveles de potasio y magnesio extracelulares.

El metabolismo de los hidratos de carbono que ocurren durante el tratamiento estimula la liberación de insulina que lleva el fosfato hacia el interior de las células. En cuanto a la hipofosfatemia puede causar debilidad muscular, parestesias, convulsiones, coma y arritmias. Entonces los niveles de fosfato se pueden modificar con rapidez durante la alimentación enteral por lo que deben ser determinados en forma regular. (Morley, 2020).

1.1 JUSTIFICACION

En cuanto a la prevalencia de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteico calórico que se presentan a nivel mundial que se ven plasmados a través de esta investigación, además de conceptos, manifestaciones clínicas, causas, diagnóstico y tratamiento. Para luego dar a conocer la parte teórica como practica del manejo de estas patologías en un paciente.

Por este motivo la elaboración de este caso clínico tiene como fin ampliar nuestros conocimientos y que sirva como una fuente de investigación para los profesionales de salud y estudiantes acerca del proceso de atención de enfermería aplicada a los pacientes con este tipo de patologías tanto como defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica. El mismo que nos permitirá realizar una adecuada valoración física y valoración por patrones funcionales, obteniendo así el diagnostico de enfermería y realizar las intervenciones reflejando el mejoramiento del estado de salud y la integridad de la paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente preescolar de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteico calórico severo.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el cuadro clínico presente en paciente con diagnóstico de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteico calórico severo.
- Mencionar los patrones funcionales de Marjorie Gordon que se encuentran alterados por medio de la valoración.
- Elaborar el Proceso de Atención de Enfermería por medio de la taxonomía Nanda, Nic y Noc

CASO CLINIC10

1.3 DATOS GENERALES

Tabla 1: Datos generales del paciente

Nombre y Apellidos	NNNN
Numero de historia clínica	166867
Edad	3 años
Sexo	Femenino
Estado Civil	Soltera
Convivientes	Madre y Padre
Lugar de nacimiento	Simiatug/ Talahua/ Guaranda
Fecha de nacimiento	25/04/2017
CI	0250472248
Etnia	Indígena
Lugar de residencia	Comunidad Talahua
Nivel de estudios	Ninguno
Nivel sociocultural/económico	Bajo
Grupo Sanguíneo	RHO+
Religión	NA
Ocupación	Ninguna

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo femenino de 3 años, acude al área de emergencia del Hospital en compañía de su madre, por presentar dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal.

Tabla 2: Antecedentes

ANTECEDENTES PRENATALES	Embarazo normal, parto céfalo vaginal, refiere llanto inmediato al nacer, medidas antropométricas desconoce
ANTECEDENTE POSTNATALES	Esquema de vacunación completo para la edad
ANTECEDENTES QUIRURGICOS	No Refiere
ALERGIAS	No Refiere
ANTECEDENTES PERSONALES	Defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severa. Hospitalizada hace 1 año por levaduras y Neumonía no especifica,
ANTECEDENTES FAMILIARES	No Refiere

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Recibo paciente de sexo femenino de 3 años de edad. Ingresa en compañía de su madre al área de emergencia, por presentar cuadro clínico de \pm 24 horas de evolución caracterizado por dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal. A la toma constante de signos vitales se evidencio presión arterial de

70/50 mmhg, frecuencia cardiaca de 99xmin, frecuencia respiratoria de 40xmin, temperatura axilar de 35,2°C, saturación de Oxígeno 82%, un peso de 6,2 kg, talla de 72 cm, con un IMC de 11, 57.

Es valorada por el médico de turno, quien ordena que se le realice de manera inmediata un Rx de tórax, un ecocardiograma, exámenes, hematológico, uroanálisis, coprológico, química sanguínea y prueba de IgG-IgM. Luego de los resultados de IgG-IgM que dieron negativo la paciente queda hospitalizada y es transferida al área de pediatría.

2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA).

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Piel:** Seca, aspera, elasticidad y turgencia disminuida.
- **Cabeza:** Normocefalica, cabello en poca cantidad y textura fina, sin presencia de lesiones craneales, ni tumoraciones.
- **Ojos:** Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz.
- **Cara:** Facies pálidas y sin presencia de cicatrices.
- **Nariz:** Sin anomalías, fosas nasales simétricas y permeables.
- **Oído:** Pabellones auriculares simétricos y agudeza auditiva en óptimas condiciones.
- **Boca:** Mucosas orales semihumedas, cianosis peribucal.
- **Cuello:** Simétrico, flexible y sin presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, expansible, se evidencia tiraje intercostal, disnea con estridor audible a distancia.
- **Pulmones:** Murmullo vesicular disminuido.
- **Corazón:** Ruidos cardiacos normofoneticos y soplo holosistolico grado III.
- **Abdomen:** Distendido, no doloroso a la palpación profunda, ni superficial, ruidos hidroaereos conservados.
- **Pelvis:** Genitales femenino acorde a su edad y sexo, sin anomalías.
- **Ano:** Perforado y sin anomalías.

- **Extremidades:** Simétricas, tono y fuerza conservada, en las extremidades superiores se evidencia dedos de palillos de tambor.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 6,2 kg
- **Talla:** 72 cm
- **IMC:** 11, 57

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 70/50 mmhg
- **Frecuencia cardíaca:** 99xmin
- **Frecuencia respiratoria:** 40xmin
- **Temperatura axilar:** 35,2°C
- **Saturación de Oxígeno:** 82%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD:

- Se observa a la paciente con buena higiene, no es alérgica a ningún medicamento, tiene todas las vacunas hasta el momento, no toma ni un tipo de medicamento, con antecedentes personales de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severa. Hace 1 año fue ingresada al hospital por levaduras y Neumonía no específica.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO:

- Paciente con un peso de 6,2 kg, talla 72 cm, con un IMC de 11,57. Madre refiere que no come las 3 veces al día y en poca cantidad, debido a que no tolera comer mucho, dice que come frutas y verduras. Paciente no tiene alergia a ningún tipo de alimento, no toma ni un tipo de medicamentos, su piel se encuentra seca, aspera, elasticidad y turgencia disminuida, su cabello en poca cantidad y textura fina, facies pálidas.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO:

- Se observa y se valora eliminación urinaria normal de 3 a 4 veces al día, de color normal. También se observa eliminación intestinal, realiza deposiciones normales de 1 a 3 veces al día, de aspecto normal y color normal. Temperatura de 35,2°C presentando hipotermia.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO

- Paciente con presión arterial de 70/50 mmhg presentando hipotensión, ruidos cardiacos normofoneticos y soplo holosistolico grado III. Saturación de oxigeno 82%, se encuentra con soporte ventilatorio de 3 litros por mascarilla. Su frecuencia respiratoria de 40xmin presentando taquipnea, murmullo vesicular disminuido, se evidencia tiraje intercostal, disnea con estridor audible a distancia y cianosis peribucal. Presenta debilidad para caminar y se cansa mucho.

PATRÓN 5. SUEÑO / REPOSO

- Paciente tiene problemas al conciliar el sueño debido a la dificultad respiratoria, presenta irritabilidad y fatiga debido a que no puede dormir. No utiliza ni un tipo de medicamento. El espacio donde se encuentra hay mucho ruido.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO

- Paciente se encuentra estable, orientado en tiempo y espacio. No presenta alteraciones perceptivas y no manifiesta dolor.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

- Se observa a la paciente que no presenta problemas conductuales.

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

- Paciente vive con sus padres.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

- No valorables

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Se observa a la paciente tranquila y jugando con su madre.

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

- No valorables

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

PATRÓN 2: Nutricional / Metabólico

PATRÓN 4: Actividad / Ejercicio

PATRÓN 5: Sueño / Reposo

DOMINIOS ALTERADOS NANDA

DOMINIO 2: Nutrición

DOMINIO 4: Actividad/reposo

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Tabla 3: Examen de biometría hemática

BIOMETRIA HEMATICA		
	RESULTADOS	VALOR. REFERENCIA
• LEUCOCITOS	7.300Xmm ³	5.000 – 10.000
• HEMOGLOBINA	17,9 g/dl	12.0 – 16,0
• HEMATOCRITO	56%	36,0 – 42,0
• LINFOCITOS	45%	20 a 40
• MONOCITOS	3%	3.0 – 12.0
• EOSINOFILOS	3%	0.5 – 5.0
• PLAQUETAS	218Xmm ³	150.000 – 400.000

Elaborado por: Sylvia Taipe Almeida

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

Tabla 4: Examen de química sanguínea

QUIMICA SANGUINEA		
	RESULTADOS	VALOR. REFERENCIA
UREA	13.4mg/dl	15–50
CREATININA	0.42mg/dl	0,60–1,1

Elaborado por: Rodríguez De Cossío

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

Tabla 5: Examen de SARS COV2

SARS COV2	
SARS COV2 ANTICUERPOS IgG	Negativo
SARS COV2 ANTICUERPOS IgM	Negativo

Elaborado por: María Martínez Chamorro

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

Tabla 6: Examen de uroanálisis

UROANALISIS		
	RESULTADOS	VALOR. REFERENCIA
DENSIDAD/PH	1015/6	6-7,5
PIOCITOS/ERITROCITOS	0-2	0-2
BACTERIAS	Escasas	-----
ASPECTO/COLOR	Transparente/Amarilla	-----

Elaborado por: Carlos Lozano Triana

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

Tabla 7: Examen coprológico

COPROLOGICO		
POLIMORFOS/CRISTALES	0%	0%
MOCO/GRASA/COLOR	Amarillo	-----
SANGRE OCULTA/CONSISTENCIA	Blanda	-----
OBSERVACION/ESPORAS	NO parásitos	-----

Elaborado por: Noel Pérez Valdés

Elaborado por: Denisse Sánchez Coello

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos observar que en los resultados de exámenes la hemoglobina está en 17,9 g/dl, hematocrito 56% y los linfocitos 45%, se encuentran altos, esto significa que por

lo que cuerpo está recibiendo menos oxígeno trata de compensar con los glóbulos rojos por eso aumenta la hemoglobina y el hematocrito, y los linfocitos puede deberse a un proceso viral debido al cuadro respiratorio que presenta la paciente.

En la urea tiene 13.4mg/dl y la creatinina 0.42mg/dl, se encuentran bajos, esto se debe a que la paciente presenta déficit de proteínas por eso la urea se encuentra baja. La creatinina se encuentra baja debido a la degradación de la masa muscular.

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

Diagnostico presuntivo

- Dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal

Diagnóstico diferencial

- Neumonía no específica

Diagnóstico definitivo

- Defecto del tabique ventricular y desnutrición proteico calórico severo

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EN ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Biológico: Paciente se encuentra irritable y tiene reducción del nivel de actividad.

Ambientales: En el sector donde habita es campo y el centro de salud le queda muy lejos para los controles debido a su enfermedad.

Físico: Paciente tiene muy poca actividad física ya que al caminar siente mucho cansancio.

Sociales: Paciente tiene muy buena relación con sus padres.

Mediante el estudio y la elaboración de este caso clínico en una paciente de 3 años, con un diagnóstico definitivo de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severa, puedo mencionar que el origen de este problema es un

defecto congénito y debido a esto se da la desnutrición crónica en este caso la desnutrición proteica calórica. Motivo por el cual la paciente fue hospitalizada de manera inmediata.

Por ello se va a desarrollar el proceso de atención de enfermería acorde a los patrones disfuncionales que presenta el paciente y también la administración de medicamentos que es muy importante para mejorar la salud del paciente.

Intervenciones

- Control de signos vitales como presión arterial, curva térmica, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 4 horas.
- Control de medidas antropométricas.
- Se ubica al paciente en posición semifowler.
- Aplicar protocolo de riesgo de caída
- Se realiza baño diario.
- Se realiza lavado bucal y nasal cada 8 horas.
- Dieta hipercalórica, hiperproteica más colación.
- Administración de medicación prescrita por el médico.
- Se realiza cuidado del disch

Tratamiento

- Administración de oxígeno de 3 litros por mascarilla
- Furosemida 10mg/IV cada 6 horas
- Ampicilina 250mg/IV cada 6 horas
- Paracetamol 100mg VO por razones necesarias

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

NANDA: 00002
NOC: 1004
NIC: 1100

Dominio 2: Nutrición
Etiqueta. 00002

Clase 1: Ingestión
Dx: Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales

M
E
T
A
S

R/C: Ingesta diaria insuficiente

E/P: Caída excesiva del cabello, palidez de mucosas, bajo peso corporal

DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
100401: Ingesta de alimentos	X				X
100403: Energía		X			X
100405: Relación peso /talla	X			X	
100411: Hidratación		X			X

Clase K: Digestión y nutrición

Etiqueta: 1004 Estado nutricional

- ACTIVIDADES**
- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
 - Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
 - Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.
 - Administración de medicamentos antes de comer.
 - Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
 - Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
 - Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
 - Derivar al paciente a los servicios necesarios.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo 1: Fisiológico básico

Clase D: Apoyo nutricional

Etiqueta: 1100 Manejo de la nutrición

NANDA: 00033
NOC: 0415
NIC: 3320

Dominio 4: Actividad/Reposo **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares
Etiqueta. 00033 **Dx:** Deterioro de la ventilación espontánea

E/P: Disminución de la saturación de oxígeno arterial

R/C: Fatiga de los músculos respiratorios

DOMINIO II: salud fisiológica

Clase E: cardiopulmonar

Etiqueta: 0415 Estado respiratorio

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta: 3320 Oxigenoterapia

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
041501: Frecuencia respiratoria	X			X	
041508: Saturación de oxígeno	X				X
041513: Cianosis		X			X
041515: Disnea de pequeños esfuerzos	X				X
041527: Dedos en palillo de tambor		X			X

ACTIVIDADES

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
- Cambiar de dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda.

M
E
T
A
S

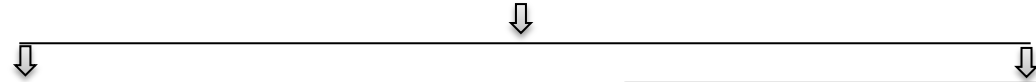
I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00096
NOC: 0004
NIC: 1850



Dominio 4: Actividad/reposo
Etiqueta. 00096

Clase 1: Sueño/reposo
Dx: Deprivación de sueño



R/C: Apnea del sueño

E/P: Fatiga, irritabilidad

DOMINIO II: Salud Funcional

Clase A: Mantenimiento de la energía

Etiqueta: 0004 Sueño

Campo 2: Fisiológico básico

Clase F: Facilitación del autocuidado

Etiqueta: 1850 Manejo del sueño

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
000402: Horas de sueños cumplidas	X			X	
000404: Calidad del sueño	X				X
000421: Dificultad para conciliar el sueño	X			X	
000416: Apnea del sueño	X				X

ACTIVIDADES

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el patrón d sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S



2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Después de haber llegado a este punto, relaciono mi estudio de caso clínico con la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas que abarca lo que es la salud, cuidado, persona y entorno del paciente. Donde engloba tanto lo fisiológico como la seguridad que debemos brindarle al paciente desde su llegada hasta el momento de su recuperación. Y, sobre todo, en la sustitución total al paciente, el personal de salud debe de ayudar al paciente para que realice acciones que él no puede realizar y acompañar al paciente asesorando las tareas y reforzando su potencial para su recuperación.

Se debe tener en cuenta que el defecto del tabique ventricular y la desnutrición proteica calórica son enfermedades que conllevan a tener complicación y consecuencias que pueden poner el riesgo la vida del paciente.

A la toma de los signos vitales se evidencio una presión arterial de 70/50 mmhg, frecuencia cardiaca de 99xmin, frecuencia respiratoria de 40xmin, temperatura axilar de 35,2°C, saturación de Oxígeno 82%, un peso de 6,2 kg, talla de 72 cm, con un IMC de 11, 57.

En cuanto a la valoración física y los exámenes de laboratorio que se realizó entonces el diagnóstico definitivo nos confirmaron que estábamos frente a un caso de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severo.

2.8 SEGUIMIENTO

Primer día

Paciente femenina de 3 años ingresa al área de emergencia, consciente, orientada en tiempo y espacio por presentar cuadro clínico de \pm 24 horas de evolución caracterizado por dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal.

Se realiza la toma de signos vitales se evidencio presión arterial de 70/50 mmhg, frecuencia cardiaca de 99xmin, frecuencia respiratoria de 40xmin, temperatura axilar de 35,2°C, saturación de Oxígeno 82%, un peso de 6,2 kg, talla de 72 cm, con un IMC de 11, 57.

Es valorada por el médico de turno, quien ordena que se le realice de manera inmediata un Rx de tórax, un ecocardiograma, exámenes, hematológico, uroanálisis, coprológico, química sanguínea y prueba de IgG-IgM.

Por el momento se encuentra con dieta hipercalórica, hiperproteica y colación, presenta en el miembro inferior derecho vía periférica permeable calibre número 24 en la cual se le administra furosemida 10mg. Luego de los resultados de IgG-IgM que dieron negativo la paciente queda hospitalizada y es transferida al área de pediatría con sus respectivas indicaciones.

Segundo día

Paciente se encuentra ingresada en el área de pediatría, se encuentra con signos vitales de presión arterial de 70/40 mmhg, frecuencia cardiaca de 100xmin, frecuencia respiratoria de 40xmin, temperatura axilar de 36,4°C, saturación de Oxígeno 89%, peso 6.2 kg, después de haber pasado visita junto al médico, indica peso y baño diario, dieta hipercalórica, hiperproteica y colación control de signos vitales, lavado bucal y nasal, en la administración de medicamentos prescribe, furosemida 10mg/IV cada 6 horas, ampicilina 250mg/IV cada 6 horas, paracetamol 100mg VO PRN y oxígeno por cánula nasal.

Tercer día

Paciente se encuentra con signos vitales de presión arterial de 80/75 mmhg, frecuencia cardiaca de 110x/min, frecuencia respiratoria de 35x/min, temperatura axilar de 36,2°C, saturación de Oxígeno 85%, peso 6.4 kg, después de haber pasado visita junto al médico, se le indica que se le realice coproparasitario seriado, una referencia a cardiología, y se dejan las mismas indicaciones.

Cuarto día

Paciente se encuentra con signos vitales de presión arterial de 84/56 mmhg, frecuencia cardiaca de 108x/min, frecuencia respiratoria de 34x/min, temperatura axilar de 36,3°C, saturación de Oxígeno 90%, peso 6.6 kg, después de haber pasado visita junto al médico indica administración de oxígeno por cánula si la saturación se encuentra menor de 85%, y se dejan las mismas indicaciones.

Quinto día

Paciente se encuentra ingresada en el área de pediatría, se encuentra con signos vitales de presión arterial de 90/60 mmhg, frecuencia cardiaca de 98x/min, frecuencia respiratoria de 30x/min, temperatura axilar de 36,8°C, saturación de Oxígeno 92%, peso 7 kg, después de haber pasado visita junto al médico, se le indica que se le descontinúe la furosemida y la ampicilina, se hace referencia a cardiología y se dejan las mismas indicaciones.

Sexto día

Médico realiza visita y manifiesta que ha tenido una evolución favorable. Se entrega alta médica y se educa a la madre de la paciente, para su correcta recuperación y cuidados en casa. También acerca de los controles que debe realizar acudiendo al centro de salud más cercano.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente femenino de 3 años que ingreso al área de emergencia por presentar cuadro clínico de \pm 24 horas de evolución caracterizado por dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal. A la toma de los signos vitales se evidencio presión arterial de 70/50 mmhg, frecuencia cardiaca de 99xmin, frecuencia respiratoria de 40xmin, temperatura axilar de 35,2°C, saturación de Oxigeno 82%, un peso de 6,2 kg, talla de 72 cm, con un IMC de 11, 57.

Motivo por el cual médico indica que se le realicen, un Rx de tórax, un ecocardiograma, exámenes, hematológico, uroanálisis, coprológico, química sanguínea y prueba de IgG-IgM. Luego de los resultados de IgG-IgM que dieron negativo la paciente queda hospitalizada y es transferida al área de pediatría.

También se realizó la explicación del consentimiento informado antes de ser firmado por el familiar de la paciente, en el cual se explica acerca de los efectos, ventajas e inconvenientes que este presenta, luego de la explicación, familiar acepta y firma el consentimiento, para que se le realice todos los procedimientos necesarios para así mejorar el estado de salud de la paciente.

Durante el tiempo de hospitalización la paciente tuvo un avance significativo en su recuperación y el tratamiento farmacológico dio resultados positivos. Hasta el momento paciente se encuentra estable, tranquila y colabora con el personal de salud.

CONCLUSIONES

Mediante la finalización del presente estudio de caso clínico de un paciente preescolar con defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica severa se desarrolló el proceso de atención de enfermería, mismo que se lo hizo aplicando los patrones funcionales que se encontraban alterados.

Por ello debemos de saber que, a la hora de tratar a una paciente con diagnóstico de defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica, debemos saber que es causa de un defecto congénito.

Entonces es importante empezar por la entrevista y la observación para realizar la valoración céfalo caudal, así como la valoración clínica para detectar lo signos como dificultad para respirar, cianosis peribucal y tiraje intercostal, los cuales son las sintomatologías más presentes en pacientes con defecto del tabique ventricular y desnutrición proteica calórica, por último, se realizará los exámenes de laboratorios.

A través del proceso de valoración basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, nos permitió identificar los patrones funcionales que se encontraba alterados. Estos patrones están relacionados con el problema de salud que presenta la paciente.

Por último, se desarrolló el proceso de atención de enfermería en base a las taxonomías Nanda, Nic y Noc, para así verificar si los objetivos y metas propuestas de este estudio de caso clínico fueron efectivas para nuestro paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Argueta, H. (31 de Diciembre de 2018). *Complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a reparo de defectos del tabique ventricular en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo de Enero de 2011 a Diciembre de 2016*. El salvador: Core.

Avilés, A. (2019). *Complicaciones medicas en pacientes postquirurgicos de comunicacion interventricular en el hospital*. San Salvador: Salud Org.

Baffa, J. (19 de Marzo de 2019). *Defectos en el tabique auricular y ventricular*. Estados Unidos : Msd. Manual.

Beerman, L. (2020). *Comunicación interventricular (CIV)*. Estados Unidos : MSD Manual .

Ledea, E. (2017). Desnutrición proteico-energética en niños menores de cinco años. Guinea Bissau. 2015- 2016 . *Multimed. Revista Médica. Granma*, 788-789.

Mayo Clinic. (26 de Febrero de 2021). *Comunicación interventricular*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org>

Morley, J. E. (2020). *Desnutrición calórico-proteica*. Estados Unidos : Msd. Manual .

Nowell, B. (16 de Noviembre de 2017). *caracterizacion epidemiologica de pacientes menores de 5 años con desnutricion proteico calorica del hospital nacional de San Marcos vrs. hospital nacional de malactan durante el año 2016*. Obtenido de <https://glifos.umg.edu.gt>

Quintana, M., Ochoa, A., & Segovia, R. (2020). La desnutricion y su incidencia en el rendimiento del aprendizaje en el sistema motriz de los niños entre 2 y 3 años de edad . *Uctunexpo autanabook*, 89-96.

Rodriguez, N. (2018). *Comunicacion interventriculas o defecto del tabique ventricular* . Babahoyo.

Rosario, P. (2018). Factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica, en los niños que asisten a los Centros Infantiles del Instituto Nacional de la Familia, en el Cantón Tulcán. *Revistas digitales upec*.

Santos, V. P. (2020). Malformaciones congénitas cardiovasculares. Cienfuegos. *scielo*, 204-205.

Thomas S, D. Z. (7 de Julio de 2020). Medlineplus. *Defecto del tabique ventricular*.

Velasquez, K. (2017). *“Factores para la decision de correccion anatomica de las cardiopatias congenitas acianoticas en niños. Cajamarca-Peru.*

ANEXOS

ANÁLISIS DE LABORATORIO

2 URONALISIS

4 QUIMICA

5 SEROLOGIA

6 SARS-COV2

SARS-COV-2 Anticuerpos IgG: NEGATIVO
SARS-COV-2 Anticuerpos IgM: NEGATIVO

7 AGLOMERACIONES FEBRILES

8 OTROS

9 TEST DE EMBAJAZO

10 HELICOBACTER PYLORI

11 ESPECIALES

Imagen 1: Examen de laboratorio uroanalisis

The image shows a handwritten laboratory report on a grid. The report is divided into several sections:

- 1. MICROSCOPIA:** Includes fields for Hemograma, Sedimentación, Frotis de orina, and Frotis de heces.
- 2. UROANÁLISIS:** Includes fields for pH, Proteinuria, Glucosuria, Hematuria, Leucocitos, Nitritos, and Bilirrubina.
- 3. COPROLÓGICO:** Includes fields for Color, Consistencia, y otros.
- 4. QUÍMICA LABORATORIA:** Includes fields for Creatinina, BUN, y otros.

Handwritten notes include: "1015 / 6" under Hemograma; "pH 6.5" under pH; "Negativo / Seales" under Proteinuria; "10-20 x100" under Glucosuria; "Excesivos" under Hematuria; "Normal" under Leucocitos; "Negativo" under Nitritos; "Negativo" under Bilirrubina; "Normal" under Color; "Normal" under Consistencia; "Normal" under otros; "Normal" under Creatinina; "Normal" under BUN.

Imagen 2: Exámenes y coprológico



Imagen 3: Rx de tórax

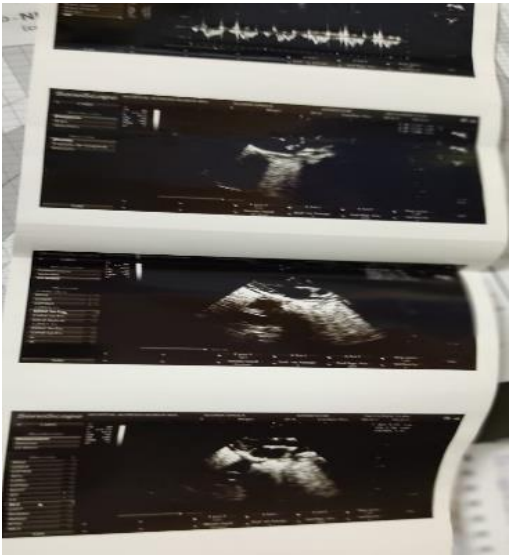


Imagen 4: Ecodiagrama