



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería.**

TEMA:

Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente de 8 años de
edad con Síndrome Nefrótico Corticoresistente.

AUTORA:

JAZMINA MADELEY CASTRO BENALCAZAR

TUTORA:

LCDA. GREY ANDRADE TACURI

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
I. MARCO TEÓRICO	1
Epígrafe I Patología	1
1.0.1 Síndrome nefrótico.....	1
1.0.2. Fisiopatología e histología del síndrome nefrótico	2
1.0.3. Epidemiología del Síndrome Nefrótico.....	3
1.0.4. Causas del síndrome nefrótico	4
1.0.5. Manifestaciones del síndrome nefrótico.....	5
1.0.6. Diagnóstico del síndrome nefrótico.....	5
1.0.7. Tratamiento.....	6
1.0.7.1 Alimentación de un niño con síndrome nefrótico	6
<i>Epígrafe II Enfermería.....</i>	<i>8</i>
1.0.8. Generalidades de la Enfermería	8
1.0.8.1. Proceso de atención de Enfermería.....	8
1.0.8.2. Filosofía de la Enfermería	9
1.0.8.3. Cuidados de Enfermería	9
1.0.9. Cultura del cuidado de enfermería.....	10
1.0.9.1. Seguridad del cuidado de enfermería	11
1.0.9.2. Conciencia del cuidado de enfermería.....	11
1.1. Justificación.....	12
1.2. Objetivos	13
1.2.1. Objetivo general	13

1.2.2. Objetivos específicos.....	13
1.3. Datos generales	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	15
2.3. Examen físico.....	16
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	19
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	23
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	23
1. Pesar a diario y controlar la evolución.	24
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	26
2.8. Seguimiento.	26
2.9. Observaciones.	27
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	32

DEDICATORIA

El presente estudio de caso clínico está dedicado principalmente a Dios por brindarme inspiración y darme fuerzas para continuar con todos mis anhelos deseados, a mis Padres por mantenerme de pie con sus consejos y sacrificios en todos estos años de verdad gracias, porque gracias a ustedes he logrado llegar a donde estoy y convertirme en lo que soy, sin dejar atrás la humildad y los valores que ustedes han inculcado en mí y sin dejar de ser quien soy la madre, la hija, la hermana gracias a ustedes por siempre ser mi apoyo moral, dedico este trabajo a mi hermano a mi hija a todas las personas que creyeron en mí y que me apoyaron y que han hecho que este trabajo se realice con éxito. Y en especial aquellas personas, familiares que me brindaron su conocimiento y creyeron en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de mi existencia. Y ser el apoyo, fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad que se presentaron en mi camino.

Gracias a mis padres: Cecilia Benalcázar y Luis Castro por, enseñarme que la lucha es constante por ser mis principales apoyos, por los valores, consejos y principios que me inculcaron. Y en especial a mi pequeña Emily por brindarme fuerzas y enseñarme que debo ser su ejemplo de superación. Y a no rendirme.

Agradezco a Cada uno de los docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo, Carrera de Enfermería por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación como profesional, y en especial a la Licenciada Grey Andrade por ser mi tutora de enseñanza en la culminación de este proceso.

Al Doctor Galo Pino por siempre estar apoyándome como docente y creer en mí, al realizar mi carrera de licenciatura de enfermería

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:

Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente de 8 años de edad con Síndrome Nefrótico Corticorresistente.

RESUMEN

El síndrome nefrótico es considerado como un trastorno renal, donde los glomérulos (vasos sanguíneos que poseen poros), filtran grandes cantidades de proteínas mediante el orine. Los signos y síntomas más característicos de esta patología es la presencia de edema, orina espumosa debido a la presencia de proteínas, astenia, la disminución de la albumina sérica y altas concentraciones de grasa en la sangre.

El trabajo clínico se enfocó sobre el padecimiento del síndrome nefrótico corticoresistente en un paciente pediátrico de 8 años de edad, que por medio de la asistencia de enfermería la misma; que se inició desde el motivo de consulta, valoración física y entre los resultados de la valoración; se procedió a la formulación y desarrollo de los procesos de atención de enfermería a raíz de establecer los patrones funcionales alterados que permitan elaborar un plan de cuidados de acuerdo a los requerimientos del paciente, dar el seguimiento; desde el tratamiento aplicado así mismo como el tipo de dieta que debe emplearse. Entre los cuales se toma en consideración la conciencia y seguridad por parte del personal de enfermería. Para la aplicación de dicho proceso y tratamiento; además se efectuaron charlas educativas a los padres sobre los problemas que suscita el padecimiento del síndrome nefrótico en el paciente pediátrico.

PALABRAS CLAVES: Enfermedad, Síndrome, Glomérulo, Corticoide, Enfermería,

ABSTRACT

Nephrotic syndrome is considered a kidney disorder, where glomeruli (blood vessels that have pores) filter large amounts of protein through urine. The most characteristic signs and symptoms of this pathology are the presence of eyelid edema and in the lower limbs, foamy urine due to the presence of proteins, asthenia, and the decrease in serum albumin and high concentrations of fat in the blood.

The clinical work focused on the suffering of the corticosteroid nephrotic syndrome in an 8-year-old pediatric patient, by means of the nursing assistance which started with the respective reason for consultation, physical assessment and among the results of the assessment; The nursing care processes are formulated and developed as a result of establishing the altered functional patterns that allow the elaboration of a care plan according to the patient's requirements, follow-up; from the applied treatment as well as the type of diet to be used. Among which is taken into account the awareness and safety of the nursing staff. For the application of said treatment; In addition, educational talks were held with parents on the problems caused by the suffering of the nephrotic syndrome in the pediatric patient.

KEY WORDS: Disease, Syndrome, Glomerulus, Corticoid, Nursing,

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico es un síndrome clínico definido por la concurrencia de proteinuria mayor de 3,5 gramos/1,73 mt² en 24 horas, albúmina sérica inferior a 3.0 gr/dL, hiperlipidemia, lipiduria y edema periférico. Su presencia es patognomónica de una entidad patológica que afecta el glomérulo y que puede ser debida a enfermedades sistémicas. (Arcos, 2012).

Los síntomas más comunes que se presentan en esta patología es la presencia de edema en los miembros inferiores, el aumento de peso por la retención de líquidos, la anorexia, fatiga y micciones espumosas por el exceso de proteínas. Entre las complicaciones que puede causar esta enfermedad son Niveles altos de Colesterol y Triglicéridos debido a que la albumina en la sangre disminuye. Hipertensión arterial debido al daño que se produce en los glomérulos lo que genera retención de líquidos. Mala Nutrición que puede generar un aumento de peso o viceversa debido al edema que puede enmascarar anemia por lo que el control de los exámenes de laboratorio deben ser exhaustivos. Además que las personas que padecen del síndrome nefrótico son las más propensas a sufrir infecciones.

El estudio de caso clínico está dirigido a un paciente de 8 años de edad con síndrome nefrótico corticoresistente es decir que si no se tienen los cuidados pertinentes pueden llegar a evolucionar a una Insuficiencia renal. Y mayoría de estos pacientes entran a la clasificación de SN primario es decir es genético, idiopático, y las primeras manifestaciones clínicas se dan antes de cumplir el año.

Los cuidados de enfermería que se brinden al paciente pediátrico se lo realiza con el fin de Definir un proceso de atención de enfermería dirigido al padecimiento de la enfermedad y de esta manera mejorar la calidad de vida y que el niño se adapte a los cambios fisiológicos y psicológicos importantes que se den en su ciclo de vida, con la finalidad de que se adapte a los cambio. Por lo que se este estudio de caso clínico se basara en la Teoría de Sor Callista Roy.

I. MARCO TEÓRICO

Epígrafe I Patología

1.0.1 Síndrome nefrótico

El síndrome nefrótico (SN) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la niñez. Su incidencia varía entre 1 a 3 casos por 100,000 habitantes menores de 16 años. (Román, 2014; López, Yáñez, Ramírez, Díaz, & Rivas, 2018). Durante la edad pediátrica, las primeras causas de enfermedad renal son las alteraciones estructurales de los riñones y tracto urinario, las cuales pueden progresar a insuficiencia renal crónica (López, Yáñez, Ramírez, Díaz, & Rivas, 2018). Se presenta con mayor frecuencia entre los 2 y 8 años y en el sexo masculino (Román, 2014; Saltos & Torres, 2015-2016). La mayoría de los casos que se inician entre los dos y diez años de edad corresponden a SN primario o idiopático (SNI), y constituye la alteración histológica subyacente más frecuente la enfermedad por cambios mínimos (ECM) o nefrosis lipoidea; más raras son las formas secundarias a enfermedades sistémicas como vasculitis, lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus, infecciones virales y otras (Gómez, González, Lidia, & Chaviano, 2019; Saltos & Torres, 2015-2016; Velázquez, 2014).

El síndrome nefrótico en pacientes pediátricos se define por: proteinuria superior a 40mg/m² /h (50mg/kg/día) o cociente proteína-creatinina en orina mayor de 2mg, hipoalbuminemia menor de 2.5 g/dL y coexistencia de edema e hiperlipemia. El síndrome nefrótico en niños se clasifica en tres categorías: primario o idiopático, que a su vez se subdivide en relación con los hallazgos histopatológicos en: enfermedad de cambios mínimos, glomeruloesclerosis focal y segmentaria, glomerulonefritis membranoproliferativa, nefropatía membranosa y proliferación mesangial difusa, con mutaciones en más de una docena de genes en el síndrome nefrótico corticorresistente no sindrómico (Palacios, Gahona, Romero, & García, 2019).

El síndrome nefrótico corticorresistente, específicamente la glomeruloesclerosis focal y segmentaria, se asocia con 50% de riesgo de enfermedad renal crónica durante los cinco años del diagnóstico, siempre y

cuando no haya remisión parcial o completa; por tanto, los niños con esta enfermedad tienen reducida expectativa de vida (D'Agati, Kaskel, & Falk, 2011).

1.0.2. Fisiopatología e histología del síndrome nefrótico

Fisiopatológicamente el Síndrome nefrótico tiene dos teorías, una, se basa en la reducción del volumen plasmático, por proteinuria, que provoca, hipoalbuminemia, vasoconstricción arterial, estimulación mineralocorticoide, retención de sodio, aumento del líquido extracelular y finalmente edema; la segunda se basa en el aumento de la reabsorción de sodio a nivel del túbulo contorneado distal debido a la activación de los canales epiteliales de sodio, aumento del LEC, e hidropesía (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

La (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014), afirma que mundialmente la génesis del Síndrome Nefrótico Idiopático es desconocida o es de origen inmunológico, a excepción del síndrome que se presenta antes de los 2 años de edad los cuales se consideran genéticos. La terapéutica se fundamenta en corticoides y en base a ellos se distingue el tipo de evolución que presenta el paciente lo que determinara si el tratamiento surte efecto o presenta resistencia.

Histológicamente el Síndrome Nefrótico Idiopático se la considera como la enfermedad de cambios mínimos, definida por la ausencia de anomalías glomerulares al microscopio de luz y fusión difusa de los pedicelos de los podocitos en la microscopía electrónica. Es la causa de esta enfermedad en 90% de los pacientes menores de 10 años, el 50- 70% de pacientes mayores de 12 años y el 10-15% adultos (Saltos & Torres, 2015-2016; Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

En la enfermedad de cambios mínimos la microscopía óptica revela glomérulos normales, sin expansión mesangial, y aumento de células mononucleares activadas, al nivel tubular presentan gotas lipídicas en las células tubulares, las cuales se dan por la reabsorción de lipoproteínas desde la luz tubular. En ocasiones se observan presencia de IgM, IgA y C3, en cantidades mínima; sin embargo, en la microscopía electrónica, se visualiza la fusión de pedicelios de los podocitos (Saltos & Torres, 2015-2016).

Otra presentación es la Glomeruloesclerosis focal segmentaria (GFS) este tipo de lesión compromete varios glomérulos, en su mayoría yuxtamedulares, (de

ahí radica el nombre focal), y segmentaria ya que ocupa parte del ovillo glomerular, además existe un aumento de la matriz mesangial y almacenamiento de material hialino subendotelial mediante la inmunofluorescencia se visualizan depósitos de IgM y C3 (Saltos & Torres, 2015-2016).

En la última presentación histológica tenemos la Proliferación Mesangial Difusa (PMD) en ella se observa hiper celularidad mas aumento de la matriz mesangial, en ocasiones se la asocia a depósitos leves de IgM, también existe fusión de los podocitos. Es posible que exista transición histológica entre los tres patrones ya mencionados, pudiendo encontrarse solas o combinadas en diferentes biopsias del mismo paciente (Saltos & Torres, 2015-2016).

1.0.3. Epidemiología del Síndrome Nefrótico

En la población menor a 16 años se ha reportado una incidencia que alcanza de 1 a 3 casos nuevos al año por cada 100.000 niños y adolescentes, en cuanto a la prevalencia se registran 15 casos por cada 100.000 niños a nivel mundial, en quienes se observa una extensa variabilidad que depende de factores diversos como etnia y origen geográfico, la mayoría 15 de los casos se reportan en edades comprendidas entre los 2 a 10 años (Hevia, y otros, 2015).

En América latina, el síndrome nefrótico registra una prevalencia de 650 pacientes por cada millón de habitantes, estimando un incremento del 10 % por cada año. En el caso de Ecuador con 16.278.840 habitantes, se reportaron en el año 2015 la cantidad de 11.460 pacientes con enfermedades renales (Ministerio de Salud Publica, 2015)

(Hevia, y otros, 2015), refiere en su investigación que el 80 a 90% de pacientes que padecen del síndrome nefrótico corticosensible, mantienen un buen pronóstico a largo plazo con preservación de la función renal. De los pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico corticosensible, el 70%, sufren recaídas con frecuencia a lo largo de toda su evolución clínica. Los corticodependiente, son un grupo con alto riesgo de toxicidad debido a los esteroides. Mientras que el 50% de los pacientes con diagnóstico de síndrome nefrótico corticorresistente evolucionan a una insuficiencia renal crónica ya sea en fase aguda o terminal.

1.0.4. Causas del síndrome nefrótico

(Mayo Clinic, 2020), Nos refiere que el síndrome nefrótico usualmente se origina por lesiones en los glomérulos que son pequeños vasos sanguíneos en forma de racimos. El glomérulo tiene la función de filtrar la sangre cuando pasa por los riñones, separando lo que el cuerpo necesita y desechando lo que no es de utilidad para el ser humano.

Un glomérulo saludable retiene las proteínas de la sangre (principalmente, la albúmina), que se necesita para mantener la cantidad adecuada de líquido en el cuerpo, y evita que se vayan con la orina. Cuando está dañado, el glomérulo permite que se vayan del cuerpo muchas de las proteínas de la sangre, lo que ocasiona el síndrome nefrótico (Mayo Clinic, 2020).

Varias causas posibles

Muchas enfermedades y afecciones pueden hacer que el glomérulo se dañe y cause el síndrome nefrótico. Estas incluyen las siguientes (Mayo Clinic, 2020):

- **Enfermedad renal diabética.** La diabetes puede causar un daño en los riñones (nefropatía diabética) que afecta los glomérulos.
- **Nefropatía de cambios mínimos.** Esta es la causa más común del síndrome nefrótico en los niños. La nefropatía de cambios mínimos hace que los riñones no funcionen bien, pero cuando se examina el tejido renal con un microscopio, se lo ve normal o casi normal. En general, no se puede determinar la causa de la función anormal.
- **Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.** Esta afección, caracterizada por la cicatrización de algunos de los glomérulos, puede ser el resultado de otra enfermedad, un defecto genético o ciertos medicamentos, o puede ocurrir sin razón conocida.
- **Nefropatía membranosa.** Este trastorno de los riñones es consecuencia del engrosamiento de las membranas dentro de los glomérulos. El engrosamiento se debe a los depósitos hechos por el sistema inmunitario. Puede asociarse con otras afecciones médicas, como el lupus, la hepatitis B, la malaria y el cáncer, o puede ocurrir sin razón conocida.

- **Lupus eritematoso sistémico.** Esta enfermedad inflamatoria crónica puede causar daño grave a los riñones.
- **Amiloidosis.** Este trastorno se produce cuando las proteínas amiloides se acumulan en los órganos. La acumulación de amiloides a menudo daña el sistema de filtrado de los riñones.

1.0.5. Manifestaciones del síndrome nefrótico

Es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la presencia de proteinuria masiva (>40 mg/m²/h), edemas e hiperlipidemia >5,17mmol/l (colesterol >200 mg/ dl) (León, Agudelo, Ramos, & Ibarra, 2016), además de signos menos frecuentes como hematuria, hipertensión arterial e insuficiencia renal (Román E. , 2014).

En esta patología encontramos pérdida de proteínas por la orina mayor o igual a 50 mg/kg/día o índice proteinuria/creatininuria en 10 muestra aislada mayor o igual a 2 mg con hipoalbuminemia, (albumina menor o igual a 2,5 g/dl), más hipercolesterolemia y edema, que es el signo clínico más característico de esta enfermedad; sin embargo, no es muy frecuente en las recaídas, se caracteriza por ser blando y con fóvea, de ubicación variable, comprometiendo hasta serosas y genitales (Sociedad Argentina de Pediatría, 2014).

1.0.6. Diagnóstico del síndrome nefrótico

Cuando un paciente acude a consulta con sospecha de padecer síndrome nefrótico, un papel clave será revisar la historia clínica y antecedentes familiares mediante una correcta anamnesis. Deberá observarse si tiene familiares de primera línea que padezcan algún tipo de enfermedad renal crónica, o si el paciente sufre de alguna enfermedad sistémica, infecciones crónicas, y si cumple con el calendario de vacunaciones (San Juan Fernández, 2016-2017).

Tras eso, se pasará al examen físico, en el que se valora cualquier cambio en peso, talla o tensión arterial a controlar en la consulta, así como la posible existencia de complicaciones o infecciones. En el Síndrome Nefrótico secundario podrían observarse otras manifestaciones extra renales. Las cuales se confirman mediante exámenes de laboratorio, en las que, se hará un estudio de la función renal con analítica completa, que incluye: bioquímica y hemograma con albúmina, lipograma, función renal con urea, creatinina e iones, y función tiroidea e

inmunoglobulinas para descartar causas secundarias y afectación de estos parámetros ya que es común la disminución de la inmunoglobulina IgG, con resto normales, provocando mayor susceptibilidad a infecciones (San Juan Fernández, 2016-2017).

El paso siguiente a realizar una tira de orina positiva en proteínas es realizar múltiples pruebas, entre las más conocidas un urocultivo y un par de muestras de orina de 24 horas (Egido & Rojas Rivera, 2011). Para descartar el síndrome nefrótico secundario, se añadirá una serología con estudio de inmunidad (San Juan Fernández, 2016-2017).

En el SN congénito estaría indicado un estudio genético, ya que las mutaciones de las proteínas que integran la barrera de filtración suponen un 90% de los casos en los primeros meses de vida y el 33% en el primer año. Las más comunes son las causadas en el gen de la nefrina, de la podocina, del tumor de Wilms y de la laminina, y es importante ya que determinara tanto el tratamiento como el pronóstico de la enfermedad.

1.0.7. Tratamiento

En caso de que el primer episodio de síndrome nefrótico haya sido después de los 8 años de edad, se realiza biopsia renal. Si es de cambios mínimos (CM), se administra esquema de prednisona. Si es proliferación mesangial difusa (PMD) o glomeruloesclerosis (GEFS) se inicia el tratamiento como corticorresistente. Se realiza biopsia renal a los pacientes corticorresistente. (Aguilar, y otros, 2012).

1.0.7.1 Alimentación de un niño con síndrome nefrótico

El tratamiento nutricional es parte fundamental en el cuidado de los pacientes pediátricos con enfermedades renales, ya que el crecimiento es una de las partes que más se ven afectadas durante la enfermedad, y es importante que el paciente reciba una alimentación adecuada (Robles, García, Islas, & Sotelo, 2016).

Una dieta con bajo **contenido de sodio** o restricción de sal puede utilizarse para prevenir o reducir la retención de líquidos en el cuerpo de su hijo. La cantidad de sodio o sal permitida en la dieta depende del cuadro clínico de su hijo. El médico o nutricionista de su hijo determinará la cantidad de sodio

permitida en la dieta. Generalmente, la cantidad está expresada en miligramos (mg) por día. Algunas restricciones de sodio más frecuentes incluyen 2000, 3000 o 4000 mg por día. En la mayoría de las dietas con restricción de sodio, se limitan los alimentos con alto contenido de sodio y se prohíbe el uso de sal en la preparación de alimentos o en la mesa (Stanford Children's Health, 2020).

Los valores de referencia de consumo de **proteínas** al día para la población infantil son de 1.05 g/kg/d para niños de 1 a 3 años, 0.95 g/kg/d para niños de 4 a 13 años y 0.85 g/kg/d para niños de 14 a 18 años. La recomendación es que las proteínas sean del 10 al 25% del valor calórico total, y es importante que del 50 al 70% de las proteínas que consumen los pacientes con síndrome nefrótico sean de alto valor biológico, (Robles, García, Islas, & Sotelo, 2016).

Productos Lácteos: Recomienda tomar leche o derivados 2 veces al día. Conviene alternar 125 ml de leche con otros productos lácteos, como 30 gr de queso o un yogurt. Si tiene los niveles de fósforo elevados (hiperfosforemia), ha de disminuir su consumo a una vez al día y evitar los lácteos desnatados (Sacyl, 2018).

Pan, cereales, pastas: Este grupo de alimentos debe constituir la base de la alimentación del paciente con síndrome nefrótico. Ya que en este grupo encontramos el arroz y la pasta, que son los ingredientes principales para la elaboración de diversos platos del Servicio de Endocrinología y Nutrición Versión 1 nuestra dieta diaria, como por ejemplo pasta a la boloñesa, arroz a la cubana, pasta con atún, ensalada de pasta, etc. Se recomienda consumirlos una vez al día y en cantidades moderadas; por ejemplo, en la cena. Se pueden combinar 75 g de pan con 4 cucharadas de arroz o pasta o con 250 g de patata. Así aportamos proteínas en la cena, sin necesidad de comer carne o pescado (Sacyl, 2018).

- Cereales y pastas aconsejadas: arroz, pasta, harina de trigo, sémola, pan y tapioca.
- Cereales y pastas desaconsejadas: todo tipo de productos integrales, avena.

Tubérculos, hortalizas, verduras y frutas: Son ricos en vitaminas y minerales. Estos se pueden tomar ingerir con libertad para completar los platos principales. En caso de tener los niveles de potasio alto en sangre, habrá que

consultar el apartado de “Recomendaciones para reducir la cantidad de potasio de la dieta” (Sacyl, 2018).

Legumbres. Conviene restringir su consumo. Aunque son ricas en hidratos de carbono también lo son en proteínas de bajo valor biológico; por lo tanto. Se recomienda ingerirlas sólo una vez a la semana y combinarlas con arroz o patata, para conseguir proteínas de más alto valor biológico (Sacyl, 2018).

Epígrafe II Enfermería

1.0.8. Generalidades de la Enfermería

1.0.8.1. Proceso de atención de Enfermería

(Aprende en Línea, 2016), Define al proceso de atención de enfermería como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería. Ya que estos son el eje de todos los procesos que promueven los enfermeros ya sean unos cuidados humanísticos centrados en la obtención de resultados eficaces.

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta que guía al personal de enfermería al momento de planificar los cuidados que nuestros pacientes requieren. Muchas veces los lenguajes enfermeros son vistos como algo abstracto, poco útil en la práctica, pero una vez familiarizados con dicho lenguaje, son capaces de agilizar el trabajo y, lo más importante, es que nos aseguran de estar prestando cuidados centrados en la necesidad del paciente. Con esta infografía lo que pretendemos es dar a conocer la visión general de los pasos a seguir a la hora de realizar un PAE con un paciente: (Enfermería Creativa, 2018)

- Valoración: es el primer paso en el que conoceremos la situación en la que se encuentra la persona, familia o comunidad. Se trata de recoger todos los datos necesarios para ayudarnos a identificar su estado de salud. Una buena valoración es fundamental para que nuestro diagnóstico sea lo más preciso posible. ¿Y cómo podemos valorar? Una de las herramientas más empleadas son los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Enfermería Creativa, 2018).
- Diagnóstico: una vez valorado el paciente, en el siguiente paso debemos identificar cuál es el problema que presenta. En nuestro país existe un Real Decreto en el que se indica que los diagnósticos enfermeros deben ir

recogidos según la clasificación Nanda Internacional (Enfermería Creativa, 2018).

- **Planificación:** en este paso desarrollamos el plan de cuidados, es decir, describimos cuáles son los resultados que queremos que alcance el paciente en relación a su diagnóstico y qué intervenciones llevaremos a cabo las enfermeras para conseguirlos. Al igual que en la etapa anterior, el Real Decreto 1093/2010 nos indica que estos resultados deben recogerse según la clasificación NOC mientras que las intervenciones según la clasificación NIC (Enfermería Creativa, 2018).
- **Ejecución:** en la cuarta etapa simplemente tendremos que realizar esas intervenciones que hemos seleccionado en la etapa anterior e ir valorando las respuestas del paciente a las mismas (Enfermería Creativa, 2018).
- **Evaluación:** el último paso es evaluar si hemos alcanzado esos resultados que nos habíamos propuesto con el paciente (Enfermería Creativa, 2018).

1.0.8.2. Filosofía de la Enfermería

La filosofía de enfermería considera, desde el punto de vista antropológico que la persona es el sujeto del cuidado y que este implica interacciones intersubjetivas y fenomenológicas que caracterizan a los participantes en la acción del cuidado: la propia profesional de enfermería, la persona cuidada y su familia, vistos como una totalidad. (Malchic, 2017)

1.0.8.3. Cuidados de Enfermería

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El termino deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. (Malchic, 2017)

(Malchic, 2017). El cuidado de enfermería supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

Específicamente, el enfermero, se encarga de seguir paso a paso y de cerca la salud de un enfermo internado en un centro de salud tras haber sido sometido a una operación. En este específico caso, el cuidado requerirá que el enfermero le tome la presión arterial, siga de cerca la información que le transmiten los

aparatos a los cuales está conectado el paciente, si es el caso. Lo ayude a realizar sus necesidades fisiológicas, lo bañe, controle el suero, le administre la medicación que el medico a cargo haya dejado indicado, entre otras tareas. (Malchic, 2017).

➤ **Cuidados de enfermería Funcionales**

Este tipo de cuidados se centra en las tareas que se distribuyen al personal de enfermería.

➤ **Cuidados de enfermería Progresivos**

Este tipo de cuidados son distribuidos según la magnitud de gravedad que se presenten en los pacientes y cambian según la evolución del mismo. Este tipo de cuidados no se reflejan la continuidad de los cuidados aplicados.

➤ **Cuidados de enfermería Globales**

Este tipo de cuidado se centra en el trabajo en equipo.

➤ **Cuidados de enfermería Integrales**

Este tipo de cuidados se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza del paciente desde el momento de ingreso del Hospital hasta la alta médica.

1.0.9. Cultura del cuidado de enfermería

La cultura del cuidado de enfermería hace referencia a los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte. (Blogger El Ciudadano, 2012).

Los enfermeros deben adquirir competencias culturales en los cuidados debidos constantes migraciones y aumento de la tasa de natalidad en el país de destino. La nueva realidad de los inmigrantes conlleva tensión por dejar tras de sí

familiares y entorno social, problemas derivados del idioma, creencias y costumbres diferentes principalmente. Esto justifica la necesidad de brindar apoyo de manera congruente con la cultura. Diversos autores estudiaron la enfermería transcultural aportando modelos y teorías para facilitar a los profesionales realizar cuidados adecuados a los pacientes de diversas etnias. La enfermería transcultural continúa en proceso. Cuidados de calidad implican formación específica multicultural. (Muñoz, 2014)

1.0.9.1. Seguridad del cuidado de enfermería

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente centradas en las personas a las que se le brindan cuidados, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Sus fundamentos dan sustento a una práctica humanística donde la calidad de atención se ha convertido en un elemento esencial para la profesión. La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. A nivel internacional, la tendencia es crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, evidenciar la calidad de atención y facilitar la creación de indicadores de evaluación. (B'Chara, 2017)

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados durante la enfermedad y los cuidados paliativos. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud. (B'Chara, 2017)

1.0.9.2. Conciencia del cuidado de enfermería

Nuestra misión como profesionales de enfermería es lograr el óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una

atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Para cumplir con la misión social, se deben implementar estrategias que refuercen la identidad profesional y brinden credibilidad al servicio de enfermería. (B'Chara, 2017)

1.1. Justificación

El síndrome nefrótico es un trastorno renal que hace que el cuerpo excrete demasiadas proteínas en la orina, generalmente se debe a daños en los racimos de vasos sanguíneos diminutos de los riñones que filtran los desechos y el exceso de agua de la sangre. La afección causa edematización, particularmente en los pies y los tobillos, y aumenta el riesgo de otros problemas de salud. (Mayo Clinic, 2020).

(Román E. , 2014). Refiere que esta afección puede ser primaria o secundaria las características de un síndrome nefrótico primaria son: Idiopático, Congénito <12 meses, genético. O secundario adyacentes a una enfermedad sistémica, infecciosas o por otro tipo de nefropatía que se presenten en los riñones afectando la función renal.

Este caso clínico se lo escogió debido a que este tipo de afecciones no son comunes; además que el antecedente patológico indica que es un síndrome congénito debido a que su padre no tiene antecedentes de afecciones renales pero el hermano que no es del mismo progenitor si presentó un síndrome nefrótico con llevando a la sospecha de que este afección se deriva de la progenitora.

La esencia de enfermería se basa en el cuidado que se les pueda brindar a los pacientes con la finalidad conservar, reestablecer la salud del individuo. Donde la ética y el valor profesional son encaminados a la relación, enfermera – paciente.

El propósito de este estudio de caso clínico es definir un proceso de atención de enfermería dirigido a un paciente pediátrico de 8 años de edad con diagnóstico

medico de síndrome nefrótico cortico resistente, para identificar las posibles complicaciones que el niño puede desarrollar en el futuro. Y mediante la valoración de los patrones funcionales y el examen encefalocaudal identificar el comportamiento que este desencadenando el avance de la enfermedad a través de la Teoría de Sor Calista Roy tratar de que el paciente pueda adaptarse a su nuevo estilo de vida y prevenir que esta patología se complique.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- ❖ Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente de 8 años de edad con Síndrome Nefrótico Corticoresistente.

1.2.2. Objetivos específicos

- ❖ Realizar la valoración de enfermería a través de los patrones funcionales de Marjorie Gordon
- ❖ Establecer los diagnósticos de enfermería.
- ❖ Construir el plan de cuidados de enfermería.
- ❖ Ejecutar los cuidados de enfermería de acuerdo a lo planificado.
- ❖ Evaluar los cuidados de enfermería otorgados al paciente con síndrome nefrótico corticoresistente.

1.3. Datos generales

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: MASCULINO

RAZA: MESTIZO

EDAD: 8 años

OCUPACION: Estudiante de Primaria

LUGAR DE NACIMIENTO: Babahoyo – Los Ríos

FECHA DE NACIMIENTO: 5 de Septiembre del 2011

GRUPO SANGUINEO: O Rh +

CEDULA: 1250278783

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Motivo de consulta: Paciente de sexo masculino de 8 años de edad ingresa al área de emergencia en compañía de sus padres presentando un cuadro clínico de más o menos 2 horas de evolución, caracterizado por emesis, astenia, edema palpebral y en miembros inferiores con signo de Fóvea moderado, el padre indica que el infante padece de síndrome nefrótico desde el nacimiento.

Antecedentes

Antecedentes Patológicos Personales

- Síndrome Nefrótico

Antecedentes Familiares:

- Padre: No refiere
- Madre: Refiere haber presentado un diagnóstico de Pielonefritis en el embarazo del infante.
- Hermano: Antecedentes de Síndrome Nefrítico

Antecedentes Quirúrgicos

- Biopsia renal a la edad de 7 años

Antecedentes Alérgicos

- No Refiere

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Familiar refiere que el infante fue diagnosticado 6 meses después del nacimiento con síndrome nefrótico pero los primeros síntomas aparecieron a la edad de 3 años y que 4 horas antes de presentar su sintomatología actual ingiere una cantidad moderada de sal. Al momento el paciente presenta, astenia y edematización en los miembros inferiores con fóvea moderada con un tiempo de recuperación de 2 minutos y en particular edema palpebral y hace aproximadamente 2 horas atrás presentó Emesis y pérdida de conciencia de manera súbita de 2 minutos. Se le administra prednisona vía intravenosa paciente

con alto riesgo de caída con puntuación 12 en escala de Humpty Dumpty. El medico de turno manda a realizar exámenes complementarios.

2.3. Examen físico

En el examen físico se constata:

Signos Vitales

Presión arterial de 108/68 mm/Hg

Frecuencia Cardiaca: 88 latidos por Minuto

Frecuencia Respiratoria: 22rpm

Temperatura: 36.3°C

Medidas Antropométricas

Peso: 44 Kg

Talla: 1,32cm

IMC: 25.28

Perímetro Abdominal: 73cm

Examen encéfalo caudal

Paciente consciente, activo, reactivo, orientado en tiempo y espacio con Glasgow de 14, ambulatorio, Afebril.

Cabeza

Cabello: implantación normal.

Ojos: Conjuntivas normal presencia de edema palpebral.

Reflejo Pupilar: Isocóricos, reactivos a la luz

Boca: mucosa oral normal.

Cuello: normal

Tórax

Corazón: no Soplo

Abdomen: Presencia de retención de líquido depresible acompañado de un leve dolor en el epigastrio a la palpación superficial y profunda.

Extremidades superiores

Simétricas, pulsos distales presentes, presencia de edema grado 3, con presencia de Vía endovenosa Izquierda.

Extremidades inferiores

Simétricos pulsos distales presentes, presencia de edema grado 3

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

✓ **Patrón 1: Percepción de la Salud**

Paciente consciente de su estado de salud, la madre refiere que el paciente presenta mejoría con el tratamiento médico y cuidados de enfermería brindados. Pero que el niño en casa no lleva la dieta adecuada.

✓ **Patrón 2: Nutricional Metabólico**

Patrón Alterado debido a que presenta una ganancia de peso evidenciada en sus medidas Antropométricas. Con presencia de edematización Generalizada, Emesis y temperatura al momento Normal.

Nº de Comidas en el Hospital: 3

Tipo de Dieta Hospitalaria: Dieta blanda Hiposódico

El Índice de masa Corporal es de 25.8 lo que me indica que está en riesgo de sobrepeso.

✓ **Patrón 3: Eliminación**

Paciente está presentado micciones Frecuentes tras la administración de medicamento corticoide. La madre refiere que el número de deposiciones son normales pero sin un horario bien definido al momento no ha presentado picos febriles no se evidencia signo de estupor.

✓ **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

El paciente presenta astenia aunque está activo y sus Signos vitales están en los parámetros Normales según su edad. Escala de Tinetti en Riesgo de caída moderado.

✓ **Patrón 5: Sueño – Descanso**

Madre del infante refiere que paciente puede conciliar el sueño fácilmente. 7 horas diarias, en el día el niño no duerme.

✓ **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

Paciente no manifiesta, sensibilidad de sus funciones auditivas, olfativas y visuales normales a pesar de presentar edema palpebral bilateral en sus ojos aunque la madre manifestó pérdida de conciencia de 2 minutos al momento tiene una puntuación de Glasgow de 15, consciente orientado en tiempo y espacio.

✓ **Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto**

El paciente no manifiesta ninguna actitud negativa hacia sí mismo. Sin embargo al momento de preguntarle cómo se siente él no dice nada y expresa una facie de timidez, la progenitora refiere que en casa el niño no refleja timidez.

Patrón 8: Rol – Relaciones

Patrón Funcional no Refleja Alteración, la madre refiere que el entorno familiar del paciente es tranquilo y que el entorno escolar no presenta ninguna dificultad.

✓ **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción**

Patrón Funcional Nose puede valorar por la edad del infante. (Inactividad por su edad).

✓ **Patrón 10: Tolerancia al Estrés**

Patrón Funcional refleja una leve alteración debido a que presenta una pequeña ansiedad si su madre no está cerca.

✓ **Patrón 11: Valores – Creencias**

No refleja alteración. Padres evangélicos cristianos.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

✓ **Patrón 2: Nutricional Metabólico**

✓ **Patrón 3: Eliminación**

✓ **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

✓ **Patrón 10: Tolerancia al Estrés**

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Examen de Sangre

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
<i>Hematíes</i>	<i>4230000 mm³</i>	<i>4520000 - 5900000</i>
<i>Hemoglobina</i>	<i>11.50 g/dl</i>	Niños Ambos sexos Recién Nacido: 15.0 – 24 1 a 23 meses: 10.5 – 14.0 2 a 9 años: 11.5 – 14.5 Hombres 10 a 17 años: 12.5 – 16.1 ➤ 18 años: 14.0 – 17.5 Mujeres de 10 a 17 años: 12.0 – 15.0 ➤ 18 años: 12.3 – 15.3
<i>Hematocrito</i>	34.20 %	<i>42.00 – 50.00</i>
<i>Leucocitos</i>	11530 mm³	<i>4400 - 11300</i>
<i>N. Cayados %</i>	<i>0.00</i>	<i>1.0 – 2.1</i>
<i>N. Segmentados %</i>	32.40 %	<i>34.00 – 67.90</i>
<i>Eosinófilos %</i>	<i>5.80 %</i>	<i>0.80 – 7.00</i>
<i>Basófilos %</i>	<i>0.30 %</i>	<i>0.10 – 1.20</i>
<i>Monocitos %</i>	<i>6.10 %</i>	<i>5.30 – 12.20</i>
<i>Linfocitos %</i>	55.10 %	<i>21.80 – 53.10</i>
<i>Granulocitos Inmaduros %</i>	<i>0.30 %</i>	<i>0.000 – 0.50</i>
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	
<i>N. Cayados mm³</i>	<i>0.00 mm³</i>	<i>1.0 – 2.0</i>
<i>N. Segmentados mm³</i>	<i>3735.72 mm³</i>	<i>1780.00 – 5380.00</i>
<i>Eosinófilos mm³</i>	688.74 mm³	<i>40.00 – 540.00</i>
<i>Basófilos mm³</i>	<i>34.59 mm³</i>	<i>10.00 – 80.00</i>

Monocitos mm3	703.33 mm3	300.00 – 820.00
Linfocitos mm3	6353.03 mm3	1320.000 – 3570.00
Granulocitos Inmaduros mm3	0.03 x1000/mm3	0.00 – 0.04
V.M.C	80.90 fL	80.00 – 96.10
H.C.M	27.20 pg	27.50 – 33.20
C.H.C.M	33.60 %	32.20 – 35.50
RDW	12.60 %	11.50 – 14.50
MPV	9.20 fL	9.40 – 12.40
Plaquetas	414000 mm3	150000 – 450000

BIOQUIMICOS

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
Triglicéridos en Suero	82 mg/dl	Normal: < 150 En el límite alto 150 a 199 Alto 200 a 499 Muy Alto > 500
Proteínas Totales Séricas	6.63 g/dl	Niños Ambulante 6.4 a 8.3 Niños encamado 6.0 a 7.8
Albumina Sérica	3.2 g/dl	0 – 4 días: 2.8 a 4.4 4 días – 14 años: 3.8 a 5.4 14 a 18 años: 3.2 a 4.5 20 – 60 años 3.5 a 5.2 60 a 90 años: 3.2 a 4.6
Sero Globulinas	2.60 g/dl	Hombres < 6 meses: 1.3 a 2.4 6 a 11 años: 1.7 a 3.0 12 a 19 años: 2.1 a 3.5 >20 años: 1.9 a 3.7 Mujeres < 6 meses: 1.3 a 2.1 6 a 11 años: 1.2 a 2.1 12 a 19 años: 2.0 a 3.8 >20 años: 1.9 a 3.7
Índice de Hoffman	1.55 g/dl	1.00 – 2.50
		Niños 1 – 3 años: 10.9 a 35.9 4 – 13 años: 15.0 a 36.0

Albumina/Globulina Urea Sérica	25 mg/dl	14 a 19 años: 18.0 a 44.9 Hombres < 50 años: 15.0 a 40.0 >50 años: 18.0 a 55.0 Mujeres < 50 años: 15 a 40.0 >50 años: 21.0 a 43.0
Creatinina Sérica	0.53 mg/dl	Niños: Neonatos: 0.29 – 1.04 Hasta 1 año: 0.17 – 0.42 1 a 7 años: 0.24 – 0.59 7 a 11 años: 0.40 – 0.59 11 a 15 años: 0.53 – 0.87
Colesterol Sérico	177 mg/dl	Niños y Adolescentes Aconsejable: <170 Riesgo Moderado: 170 – 199 Riesgo Alto: > 200
Colesterol L D L –C Determinado	120.09 mg/dl	Niños y Adolescentes optimo: 110

ENZIMAS

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
G O T (A S T) SERICO	22 UI/L	5 – 34
G P T (A L T) SERICO	17 UI/L	0 – 55

INMUNOLOGICAS

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
I g M Nefelometría	127.00 mg/dl	Neonato Cordón: 000 – 020 1 – 3 meses 020 – 040 4 a 6 meses 030 – 060 6 meses a 8 años 040 – 095 8 a 12 años 040 – 110 Adultos 40 - 274
Ac. Anti – Nucleares (ANA) – Hep	Negativo	Negativo menor de 1:40 Positivo 1:40 o Mayor

SEROLOGIA

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
<i>Test de Lues (V.D.R.L)</i>	<i>No Reactivo</i>	

VIROLOGIA

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
CITOMEGALOVIRUS IGG-IGM		
<i>Citomegalovirus IgM</i>	<i>0.300 Índice</i>	<i>1.0 o Mayor: Positivo Menor de 0.85: Negativo</i>
<i>Citomegalovirus Anticuerpos IgG</i>	<i>172.90</i>	<i>Positivo Igual o Mayor a 6.0 Negativo menor a 6.0</i>
EPSTEIN BAR IGG IGM		
<i>Epstein Bar Virus, Anticuerpos</i>	<i>5.00 EU/ml</i>	<i>Menor a 1: Negativo De 1 a 1.4: Indeterminado Mayor a 1.4: Positivo</i>
<i>Epstein Bar Virus, Igm</i>	<i>0.13 EU/ml</i>	<i>Menor a 1: Negativo De 1 a 1.4: Indeterminado Mayor a 1.4: Positivo</i>

EXAMEN DE ORINA

NOMBRE DE ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES DE REFERENCIA
<i>Aspecto</i>	<i>Liq. Turbio</i>	
<i>Color</i>	<i>Amarillo</i>	
<i>Densidad</i>	<i>1.034</i>	<i>1.015 – 1.020</i>
<i>pH</i>	<i>5.5</i>	<i>5.0 – 7.5</i>
<i>Esterasa Leucocitaria</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Nitritos</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Proteínas en Orina Ocasional</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Glucosa</i>	<i>Normal</i>	
<i>Cuerpos Cetonicos</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Urobilinogeno</i>	<i>Normal</i>	
<i>Bilirrubina</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Sangre</i>	<i>Negativo</i>	
<i>Células Epiteliales Descamadas</i>	<i>0.29</i>	<i>X campo 0.00 – 8.00</i>

<i>Leucocitos</i>	<i>0.14</i>	<i>X campo 0.00 – 5.00</i>
<i>Hematíes</i>	<i>0.90</i>	<i>X campo 0.00 3.00</i>

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

- Diagnostico Presuntivo
 - Recaída de Síndrome Nefrótico
- Diagnóstico Diferencial
 - S. Nefrótico
 - S. Nefrítico

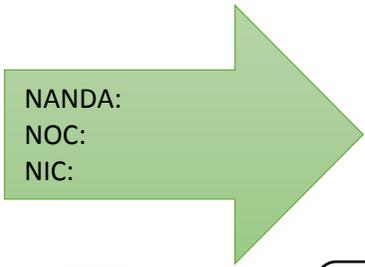
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

La carrera de enfermería de por si trata de lidiar con las necesidades que se presentan en una determinada persona, población y comunidad; dependiendo de dichas necesidades, el profesional de salud debe emplear una serie de trabajos que deben ser organizados mediante la utilización de una herramienta practica como lo es el Proceso de atención de enfermería, por lo que la valoración clínica así como la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon en esta ocasión aplicados a un paciente de sexo masculino de 8 años de edad con una enfermedad de Síndrome Nefrótico Corticoresistente, se manifiestan los siguientes patrones afectados, según mis criterios de enfermera:

- ✓ **Patrón 2: Nutricional Metabólico**
- ✓ **Patrón 3: Eliminación**
- ✓ **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**
- ✓ **Patrón 10: Tolerancia al Estrés**

Priorizando el Patrón Funcional Nutricional Metabólico debido al aumento de peso que presenta el paciente así como se observa a simple vista la presencia de edema. Con diagnostico enfermera de **Exceso de Volumen de Líquidos.**

Y el patrón Actividad – Ejercicio debido a la astenia y la debilidad generalizada que presenta el paciente.



Dominio 2 Nutrición
Etiqueta: 00026 DX: Exceso de Volumen de Líquidos

R/C: Aumento de peso en un corto periodo de tiempo

E/P: Alteración de la densidad especifica de la orina, edema, ansiedad.

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: G Líquidos y Electrolitos

Etiqueta: 0601 Equilibrio Hídrico

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

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: N Control de la perfusión Tisular

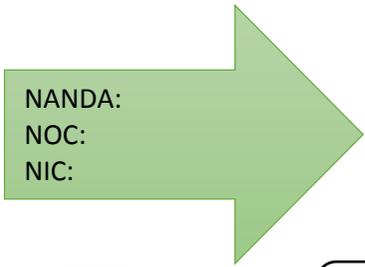
Clase: 4120 Manejo de Líquidos
1160 Monitorización Nutricional

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Peso Corporal estable			x		
Electrolitos séricos			x		
Hematocrito		x			
Densidad especifica Urinaria			x		
Edema		x			

ACTIVIDADES:

1. Observar la evolución del paciente.
2. Vigilar Tendencia de perdida y ganancia de peso
3. Realizar Balance Hídrico
4. Administrar medicación prescrita por el médico.
5. Informar al médico si persisten las náuseas y emesis
6. Monitorizar resultados de exámenes de laboratorio.
7. Observar la frecuencia, color y cantidad de orina del paciente.



Dominio 4 Actividad/Reposo
Clase 3. Equilibrio de la energía
Dx: 00093 Fatiga

R/C: Afección Fisiológica

E/P: Astenia, Debilidad generalizada

M
E
T
A
S

Dominio: 1 Salud Funcional

Clase: A – Mantenimiento de la energía

Etiqueta: 0007 Nivel de Fatiga

Campo: 1 Fisiológico Básico

Clase: A Control de Actividad y Ejercicio

Clase: 0180 Manejo de la energía
5614 Enseñanza de la dieta prescrita

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Agotamiento				x	
Estado de animo			x		
Equilibrio actividad/reposo			x		
Hematocrito			x		

- ACTIVIDADES:**
1. Controlar Signos vitales
 2. Brindar apoyo psicológico al paciente y familiar para que su estado emocional mejore.
 3. Controlar la ingesta nutricional.
 4. Evaluar nivel actual que tiene el paciente sobre la dieta
 5. Observar el cumplimiento de la dieta Hiposódico
 6. Informar al paciente cuanto tiempo debe seguir con la dieta.
 7. Vigilar la actividad que realice el paciente

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Este caso clínico de enfermería está basado en la Teoría de Sor Calista Roy que fue una enfermera pediátrica, que estudio la aptitud que tenían los niños para adaptarse ya sea fisiológica o psicológica. Este modelo es considerado como una teoría de sistemas, con un análisis significativo enfocado en 5 elementos que se describen a lo largo del presente estudio clínico de un paciente de 8 años de edad con diagnóstico médico de síndrome nefrótico corticorresistente. La meta es que mediante los cuidados brindados al paciente recupere su salud, modificar el entorno del niño mediante la promoción y direccionar las actividades tanto a los padres como al paciente. A los progenitores debido a que ellos desconocen que esta enfermedad puede traer consigo afecciones crónicas y el paciente por su alimentación que debe llevar una dieta Hiposódico.

2.8. Seguimiento.

Mediante la Ejecución del Plan de Cuidados de enfermería dirigidos al paciente pediátrico; al que se le realizo un control exhaustivo de exámenes de laboratorio para controlar los determinantes químicos comprometidos. Con la finalidad de comprobar que el tratamiento prescrito por el medico; estaba surtiendo efecto, el cual se evidencio en los edemas de los miembros inferiores y palpebral bilateral de sus ojos, que disminuyeron considerablemente y se corroboró con el peso del paciente que al ingreso presento un falso peso a causa de la edematización.

Además, que se le Verifico el cumplimiento de la dieta indicada y se le explico a la madre que el niño debe llevar siempre un estricto control del consumo de sal. Se le brindo charlas educativas y la entrega de folleto con temas relacionados que tipos de alimentos debe consumir en casa, para evitar recaídas en su enfermedad y tratar de que esta patología no evolucione a una enfermedad crónica.

2.9. Observaciones.

Al cabo de 3 días de ingreso del paciente la edematización cesó y evolucionó favorablemente, se encuentra más tranquilo y sus signos vitales se mantuvieron estables, el Nefrólogo pediátrico derivó al niño con un nutricionista debido a la dieta que debe seguir. Se ejecutaron los cuidados enfermeros que se planteó de acuerdo a la patología que el paciente presentó.

CONCLUSIONES

Puedo concluir que durante la realización del presente estudio de caso clínico de un paciente pediátrico de 8 años de edad con diagnóstico médico de síndrome nefrótico Corticorresistente, se desarrolló el proceso de atención de enfermería, mismo que se lo hizo aplicando los patrones funcionales, con el objetivo de recuperar, restaurar y conservar la salud del paciente pediátrico.

Permitiendo identificar los patrones funcionales alterados los cuales están relacionados al problema de salud del paciente, para lo cual se elaboró el plan de cuidados ajustado a las necesidades fisiológicas, psicológicas, y biológicas. Mismo que fue adecuado para el paciente en mención, con el objetivo de recuperar y conservar la salud, desde el momento que se valoró al paciente mediante el examen físico y la valoración de los 11 patrones funcionales, se identificó los patrones alterados relacionados con la sintomatología que presentaba el niño y se elaboró el plan de cuidados correspondientes a las necesidades del paciente pediátrico y en base a dichas actividades se ejecutó el tratamiento médico y los cuidados de enfermería. Además se brindó charlas educativas a los padres y el tipo de dieta rigurosa que el paciente debe seguir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, K. M., Zepeda, M. C., Ibarra, C. M., Sánchez, B. J., Luna, S. R., Mendoza, G. M., . . . Ubillo, J. M. (2012). Síndrome nefrótico corticorresistente: 15 años de experiencia en el Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 411 - 417. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500013&lng=es&tlng=es.
- Aprende en Linea. (30 de Abril de 2016). *DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO*. Recuperado el 29 de Julio de 2020, de Aprende en Linea Plataforma academica para pregrado: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
- Arcos, S. C. (2012). SÍNDROME NEFRÓTICO. En V. C. Restrepo, V. C. Buitrago, S. J. Torres, & F. J. Serna, *Nefrologia Basica 2* (págs. pp. 69-77). Bogota, Colombia: La Patria S.A.
- B'Chara, G. S. (9 de Mayo de 2017). *SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA*. Obtenido de Historia y Vida online: <http://www.sanjuandedios.com/historiayvida/seguridad-del-paciente-la-calidad-del-cuidado-enfermeria/>
- Blogger El Ciudadano. (11 de Junio de 2012). *El Cuidado*. Recuperado el 31 de Julio de 2020, de Blogger El Ciudadano: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leininger.html>
- D'Agati, V. D., Kaskel, F. J., & Falk, R. J. (2011). Focal segmental glomerulosclerosis. *The New England Journal of Medicine*, 365, p. 2398-2411. doi:10.1056 / NEJMra1106556
- Egido, J., & Rojas Rivera, J. (2011). Consideraciones generales y diagnóstico del síndrome nefrítico. *Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(82), p. 5584-5586. doi:10.1016/S0304-5412(11)70140-8

- Enfermería Creativa. (18 de Julio de 2018). *El Proceso de Atención de Enfermería*. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de Enfermeriacreativa: <https://enfermeriacreativa.com/2018/07/18/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>
- Gómez, M. A., González, P., Lidia, & Chaviano, M. O. (2019). El síndrome nefrótico en pediatría: un impacto en la infancia. *Rev. Finlay*, 9(1), p. 20-25.
- Hevia, P., Nazal, V., Rosati, M. P., Quiroz, L., Alarcon, C., Marquez, S., & Cuevas, K. (2015). Síndrome nefrótico idiopático: recomendaciones de la de la Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(4), pp. 291 - 298. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.05.005>
- León, D. C., Agudelo, A. M., Ramos, J., & Ibarra, M. D. (2016). Caracterización clínica del síndrome nefrótico en infantes de Neiva. *Rev Fac Salud*, 7(1), p. 9-16.
- López, S. M., Yáñez, S. V., Ramírez, I. A., Díaz, V. D., & Rivas, S. K. (2018). Estudio epidemiológico y demográfico de la consulta externa de Nefrología Pediátrica. *Revista Cuaban de Pediatría*, 90(1), p. 1-10.
- Malchic, M. (1 de Abril de 2017). *Filosofía de Enfermería*. Recuperado el 30 de Julio de 2020, de Scribd: <https://es.scribd.com/document/343675091/Filosofia-de-Enfermeria>
- Mayo Clinic. (5 de may de 2020). *Síndrome nefrótico*. Recuperado el 17 de jul de 2020, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nephrotic-syndrome/symptoms-causes/syc-20375608>
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Programa Nacional de Salud Renal*. Viceministerio de Atención Integral en Salud Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Centros Especializados. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seg_uimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf

- Muñoz, T. N. (2014). Cuidados enfermeros y coherencia cultura. *Ene*, 8(1). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100004>
- Palacios, L. A., Gahona, V. J., Romero, A., & García, d. I. (2019). Malformaciones urológicas y síndrome nefrótico: informe de un caso. *Acta Pediatr Mex*, 40(6), p. 328-334.
- Robles, V. E., García, Á. R., Islas, O. M., & Sotelo, C. N. (2016). Breve Revisión Sobre la Dieta para Niños con Síndrome Nefrótico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 33(1), p. 38-41.
- Román. (2014). Síndrome nefrótico pediátrico. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, p. 283-301.
- Román, E. (2014). Síndrome nefrótico pediátrico. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, p. 283-301.
- Sacyl. (2018). *Síndrome Nefrótico*. Valladolid: Servicio de Endocrinología y Nutrición-Hospital Clínico Universitario.
- Saltos, C. G., & Torres, F. J. (2015-2016). Corticorresistencia, efectos y pronóstico en el tratamiento de síndrome nefrótico idiopático a niños atendidos en el área de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo. *Tesis de grado mencion de Médico Cirujano*. Portoviejo, Manabí, Ecuador: Universidad Técnica de Manabí.
- San Juan Fernández, E. (2016-2017). Monografía sobre el Síndrome Nefrótico. *Trabajo de Fin de Grado en Enfermería*. E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla".
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2014). Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia. *Arch Argent Pediatr*, 112(3), p. 277-284. doi:<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.277>
- Stanford Children's Health. (14 de jul de 2020). *Nutrición y el síndrome nefrótico*. Recuperado el 17 de juil de 2020, de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=nutrition-and-nephrotic-syndrome-90-P06192>
- Velázquez, L. (2014). Tratamiento del síndrome nefrótico idiopático en niños. *Bol Med Hosp Infant Me*, 71(5), p. 1.7.

ANEXOS



En esta imagen podemos observar al paciente con el edema palpebral en el primer día de ingreso

 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS	Código: HTD-PR-HA-GC-001
		Página 9 de 22
EDICIÓN: 1	APROBACIÓN:	FECHA: 12 de Enero del 2020

7.3 VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES PEDIATRICOS ESCALA HUMPTY DUMPTY

PARAMETROS	CRITERIOS	PUNTOS
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3 a 7 años	3
	De 7 a 13 años	2
	Más de 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación. Problemas respiratorios, anemia, deshidratación, anorexia, vértigo	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro Diagnóstico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores ambientales	Historia de caídas de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda, en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de las 48 horas	2
	Más de 48 horas/ ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes : hinopticos, barbituricos, Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes antes/diureticos, narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados.	2
	Ninguno	1
TOTAL		12



Nombre: Piñero Romera Lopez Sonsoles Edad: 8 años Exp: 125027878-3
 Servicio: Hospitalización Pediátrica No. cama: 6 Sexo: F M

Hora	INGESTA					ELIMINACION						
	Oral	Sueros	Med. Parenterales	Transfusión	Plasma	Otros	Vómitos	Orina	Evacuación	Drenaje	Aspiraciones	Firma
7:00 a. m.												
8:00 a. m.												
9:00 a. m.												
10:00 a. m.												
11:00 a. m.												
12:00 a. m.												
13:00 p. m.												
14:00 p. m.												
15:00 p. m.												
16:00 p. m.												
17:00 p. m.												
18:00 p. m.												
19:00 p. m.												
20:00 p. m.												
21:00 p. m.												
22:00 p. m.												
23:00 p. m.												
00:00 a. m.												
01:00 a. m.												
02:00 a. m.												
03:00 a. m.												
04:00 a. m.												
05:00 a. m.												
06:00 a. m.												
TOTAL:												
TOTAL DE INGESTIONES:	912 ml											
TOTAL EN 24 HORAS:	158											
TOTAL DE ELIMINACIONES:	1,40 ml											

Guayaquil, 16 de Enero del 2020

A QUIÉN CORRESPONDA

Se certifica que el paciente **LUIS DAMIAN CASTRO SANCHEZ** con Historia Clínica 125027878-3, de 8 años de edad, conocido por el servicio desde el año 2013 por diagnóstico de **SINDROME NEFROTICO CORTICORESISTENTE** con Biopsia Renal que reporta **LESION DE CAMBIOS MINIMOS COMPATIBLE CON NEFROSIS LIPOIDE**, el cual se encuentra en control y seguimiento por nuestro servicio, ameritando iniciar tratamiento inmunosupresor, y control ambulatorio por consulta externa

Atentamente.

Dra. Madyori Ferreira P.
PEDIATRIA
NEFROLOGIA PEDIATRICA
L. 2 4U* F. 4 No. 10
L. 2 *AC F. 6 No. 16

Dra. Madyori Ferreira Pereira
Servicio de Nefrología
Médico Tratante