



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

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

**TEMA PROPUESTA DEL CASO CLINICO**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO DE 7 AÑOS DE EDAD CON SINDROME NEFROTICO

**AUTOR**

VICTOR HUGO ACOSTA MONCADA

**TUTOR**

MSC.MONICA PATRICIA ACOSTA GAIBOR

**Babahoyo - Los Ríos – Ecuador**

**2021**

## DEDICATORIA

El siguiente caso clínico va dedicado a Dios primeramente por mantenerme con salud y vida, quien fue el ser que me brindo las fuerzas y los medios para superarme, por sobre todo por permitirme cumplir un logro profesional en mi vida.

A la memoria de mi padre Víctor Hugo Acosta Alvarado quien en vida nos dio las directrices, valores y las instrucciones de vida para ser una excelente persona en la sociedad.

A mi hermosa madre Monica Ruth Moncada Herrera cuya valentía apporto a dar ejemplo a pensar a la ausencia de mi padre, a mis hermanos Martha Acosta Moncada y Luis Acosta Moncada quienes son mi razón de vivir.

A mi novia Fernanda Armijo Zambrano por su increíble paciencia, apoyo y comprensión a través de los años compartidos.

## **AGRADACIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios por darme fuerza de voluntad y poder vivir este momento con las personas que amo, desde el cielo a mi padre, madre, hermanos y mi novia por darme su amor a los largos de los años, que han estado conmigo en los difíciles momentos de mi vida.

A la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo las cual me abrió sus puertas para adquirir conocimientos y experiencias que ha contribuido en mi formación profesional.

A mis docentes quienes compartieron sus conocimientos, valores, principios y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil, especialmente a mi tutora la Lcda. Monica Acosta quien me brindo una buena dirección y apoyo profesional para realizar mi caso clínico.

Agradezco al Hospital Martin Icaza en especial a los Icdos(as) José Moran, Martha, Germania, Matilde Rizo, Mariana Castro, Marianita Rizo; quienes me brindaron todo el apoyo y confianza durante mi internado rotativo.

# INDICE

## Contenido

DEDICATORIA .....	I
AGRADACIMIENTO .....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I.MARCO TEÓRICO .....	2
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.2 OBJETIVOS .....	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos.....	8
1.3 DATOS GENERALES.....	9
II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.....	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).....	10
2.3 Examen Físico (Exploración Clínica).....	11
2.4 Información de Exámenes complementarios realizados.....	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales.....	21
2.9 Observación.....	23
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
ANEXOS .....	27

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE 7  
AÑOS DE EDAD CON SÍNDROME NEFRÓTICO

## RESUMEN

El síndrome nefrótico se usa para definir diversos trastornos que se producen en el riñón usualmente se basa en el agravio de los vasos sanguíneos diminutos que contienen los riñones de los cuales ayudan a la filtración de toxinas y el excedente de agua en la sangre debido a su eminente manifestación de proteinuria en la micción(orina).

El desarrollo de este caso de clínico se basó en paciente pediátrico de 7 años con diagnóstico medico de síndrome nefrótico, se obtiene información desde su llegada a la unidad hospitalaria sobre su patología, tomado en consideración las necesidades según los patrones funcionales de Marjory Gordon y así poder brindar los cuidados de enfermería pertinentes de acuerdo a las necesidades.

El proceso de atención de enfermería implica una englobacion por medio de un diagnostico enfermería que permita verificar los problemas potenciales evidenciados para así planificar las actividades que ayudara mejorar la condición clínica del paciente.

El síndrome nefrótico afecta mas en la etapa infantil, siendo mas propenso a padecer complicaciones que afecta su estado de salud. En esta etapa infantil la vulnerabilidad es mas evidente y se deberá brindar cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Síndrome, Nefrotico, riñon, proteinuria, cuidados.

## **ABSTRACT**

Nephrotic syndrome is used to define various disorders that occur in the kidney, usually based on the damage of the tiny blood vessels that contain the kidneys, which help to filter toxins and excess water in the blood due to their eminent manifestation of proteinuria in urination (urine).

The development of this clinical case was based on a 7-year-old pediatric patient with a medical diagnosis of nephrotic syndrome, information is obtained from his arrival at the hospital unit about his pathology, taking into consideration the needs according to the functional patterns of Marjory Gordon and thus to be able to provide the pertinent nursing care according to the needs.

The nursing care process implies an inclusion through a nursing diagnosis that allows to verify the potential problems evidenced in order to plan the activities that will help improve the clinical condition of the patient.

Nephrotic syndrome affects more in childhood, being more prone to complications that affect their health. In this childhood stage, vulnerability is more evident and the necessary care must be provided to improve the quality of life of the patient.

**KEY WORDS:** Syndrome, Nephrotic, kidney, proteinuria, care.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome Nefrotico es una de las formas principales de manifestación de la enfermedad renal en niños. Considerado en la glomerulopatía primaria relevante en la etapa infantil donde se evidencia sintomatologías como proteinuria, hipoalbuminemia y alteraciones endocrinas. (Ortiz, 2014)

Se caracteriza por proteinuria intensa y mantenida que ocasiona hipoalbuminemia, retención de líquidos con edema e hiperlipemia. Se presentan anualmente unos 2-7 nuevos casos por cada 100.000 niños menores de 18 años, la mayoría en la primera década de la vida.

Se considera que la incidencia año a año sobre el síndrome nefrótico es de 1 a 3 por 100000 menores de 16 años de edad y con una frecuencia mayor en niños de 2 a 10 años de edad siendo el sexo masculino el que lleva mayor porcentaje de a que se denomina una proporción de dos a un niño.

El presente estudio de caso se realizo en un paciente pediátrico de 7 años con síndrome Nefrotico, para lo cual se aplicará el proceso de atención de enfermería donde especificaremos los diagnósticos de enfermería de acuerdo a su patología, signos y síntomas presentados, relacionado con el diagnóstico médico para obtener un abordaje científicos y poder brindar las intervenciones y cuidados de enfermería apropiados que nos llevará a una recuperación favorable al paciente

# I.MARCO TEÓRICO

## **Definición de síndrome Nefrotico**

El síndrome Nefrotico 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 hinchazón, particularmente en los pies y los tobillos y aumenta el riesgo de otros problemas de salud. (Mayo Clinic, 2020).

El síndrome Nefrotico es una de las formas principales de manifestación de la enfermedad renal en niños. Se caracteriza por proteinuria intensa y mantenida que ocasiona hipoalbuminemia, retención de líquidos con edema e hiperlipemia. Se presentan anualmente unos 2-7 nuevos casos por cada 100.000 niños menores de 18 años, la mayoría en la primera década de la vida. La evolución del síndrome Nefrotico, su diferente respuesta al tratamiento y el mecanismo de producción de la fuga renal de proteínas y de los signos y síntomas que derivan de ella representan aspectos de máxima actualidad en la práctica e investigación pediátricas. (Toledo I & Gogorza C, 2019)

El síndrome nefrítico se caracteriza por edema, oliguria, hematuria (con cilindros hemáticos en el sedimento urinario), disminución del filtrado glomerular e hipertensión arterial, normalmente de instauración aguda. Típicamente se ha relacionado con la forma de presentación de la glomerulonefritis aguda posinfecciosa, sobre todo asociada a infecciones estreptocócicas. (FRANCISCO RIVERA, SARA ANAYA, ANA ROMERA & IRENE RIVERA, 2020)

## **Anatomía**

los riñones son dos órganos que poseen la forma de haba o de frijol, con un tamaño promedio de 10 a 12 cm de longitud, 5 a 7 cm de anchos y de 3.5-5 cm de grosor.

Pesan en promedio 135 a 150 gramos. Están situados en la parte posterior y superior del abdomen (generalmente entre la última vertebra torácica y la 3ª lumbar). Están

recubiertos de una capsula de tejido fibroconectivo delgado. Para su estudio se pueden establecer cuatro caras: una interna (relacionada con la columna vertebral), otra externa, una anterior y otra posterior.

En la cara interna se encuentra una depresión denominada el hilio, punto de entrada y salida de los vasos sanguíneos (arterias y venas renales) y de los conductos excretores (los uréteres). El polo superior del riñon está en relación con las capsulas suprarrenales. La cara externa esconvexa. (Ramón, 2004)

### **Epidemiología**

El síndrome Nefrotico comprende proteinuria masiva, hipoalbuminemia, dislipidemia y edema. La incidencia varia entre 1 a 2 casos por 100.000 habitantes menores de 16 años.

### **Etiología**

- ✓ Idiopático o primario: incluye a los cambios mínimos, esclerosis focal y segmentaria y glomerulonefritis proliferativa mesangial difusa. Representan el 85 % de los casos y son más frecuentes entre los 2 y 8 años.
- ✓ Secundario: enfermedades sistémicas, tóxicos, infecciones, neoplasias, enfermedad de Alport, nefropatía por IgA y otras glomerulopatías. (Capone M & Capone M, 2019)

### **Fisiopatología**

El evento primario en el síndrome Nefrotico es la proteinuria, secundario a lo cual se produce la hipoalbuminemia. La causa de la perdida exagerada de proteínas por el riñon no esta completamente clara, pero se debe alteraciones en la permeabilidad glomerular. En la ECM se postula una patogenia inmune; se debe alteraciones de proteínas estructurales del podocito, como la nefrina y la podocina. (Vogel, 2007)

## Manifestaciones Clínicas

La pérdida de proteínas e orina origina una serie de alteraciones que constituyen las características del síndrome Nefrotico:

- ✓ **Hipoalbuminemia:** aparece cuando la capacidad de síntesis hepática se ve superada por las pérdidas urinarias de albumina y el catabolismo renal.
- ✓ **Edema:** suele ser la primera manifestación; aparece en partes blandas y en casos graves puede comportar ascitis, derrame pleural y anasarca. Es debido a la reabsorción de sodio y agua secundaria a la disminución de la presión oncótica capilar o estimulada directamente por la proteinuria.
- ✓ Hiperlipidemia con aumento de las cifras de colesterol total, lipoproteínas de la densidad baja (LDL), muy baja (VLDL) e intermedia (IDL), lipoproteína A y con menos frecuencia, hipertrigliceridemia y descenso de las cifras de lipoproteínas de alta densidad (HDL). La lipiduria se manifiesta con aparición de cilindros grasos en el sedimento urinario.
- ✓ Pérdida de inmunoglobulinas y de factores de complemento, que conlleva una tendencia especial a la aparición de infecciones (peritonitis espontáneas, celulitis e infecciones pulmonares, meningitis y digestivas).
- ✓ **Trombosis:** con una incidencia de entre el 5 y el 60 %; suele aparecer en venas renales y de extremidades inferiores, aunque también pueden afectarse territorios arteriales.
- ✓ **Hipertensión arterial:** aparece en el 42,5 % de los pacientes. Insuficiencia renal aguda, que se observa con más frecuencia de edad avanzada, con hipoalbuminemia grave, tratados con dosis altas de diuréticos. (Sara Anaya Fernández & Carmen Vozmediano Poyatos, 2009)

## Diagnostico

Estas son algunas de las pruebas y los procedimientos que se usan para diagnosticar el síndrome Nefrotico:

- ✓ **Análisis de orina.** Un análisis de orina puede revelar anomalías en la orina, como grandes cantidades de proteínas. Se te puede pedir que recojas muestras de orina durante 24 horas.
- ✓ **Análisis de sangre.** Puede mostrar niveles bajos de la proteína albumina y a menudo niveles disminuidos de la proteína albumina y a menudo niveles disminuidos de la proteína sanguínea en general. La pérdida de albumina se asocia con un aumento del colesterol en sangre y de triglicéridos en sangre. También se puede medir los niveles de nitrógeno de creatinina y urea en la sangre para evaluar la función renal en general.
- ✓ **Biopsia de riñón.** el medico podría recomendar la extracción de una pequeña muestra de tejido renal para análisis. Durante una biopsia de riñón, se inserta una aguja a través de la piel y en el riñón. Se extrae una muestra de tejido renal y se envía a un laboratorio para que la analicen. (Mayoclinic, 2019)

## Tratamiento

Los tratamientos pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- ✓ Conservar la presión arterial en o por debajo de 130/80 mmHg para retardar el daño renal.
- ✓ Corticosteroides y otros fármacos que inhiban o protejan el sistema inmunitario.
- ✓ Tratar los niveles altos de colesterol para disminuir el riesgo de problemas vasculares y cardiacos.
- ✓ Una dieta baja en grasas y en colesterol por lo general no es suficiente para las personas con síndrome Nefrotico.

- ✓ Una dieta baja en sodio puede ayudar con la hinchazón en las manos y las piernas. Los diuréticos también pueden calmar este problema.
- ✓ Las dietas bajas en proteínas pueden servir. Su proveedor puede encomendar una dieta moderada en proteínas (1 gramo de proteína diario por kilogramo de peso corporal). (Jones, 2014)

### **Pronostico**

- ✓ La mayoría de niños con recaídas continua su respuesta completa a corticoides con un subsecuente curso y el pronóstico a largo plazo incluyendo el mantenimiento de la función renal.
- ✓ La probabilidad de no respuesta de no respuesta inicial a corticoides se incrementa con la edad de presentación y niños con otras patologías renales diferentes que enfermedad por cambios mínimos.
- ✓ La probabilidad de resistencia tardía a corticoides está asociada con un intervalo más corto a la primera recaída y durante el curso inicial de terapia con corticoides.
- ✓ La mayoría de los niños con síndrome Nefrotico cortico sensible a lesiones mínimas alcanzan la edad adulta en remisión completa y se considera resuelta su enfermedad transcurridos 7 a 10 años de evolución sin recaídas. Una cuarta parte de pacientes pueden persistir en actividad después de los 18 años y hasta un 40 % presentar alguna recaída en la edad adulta. (Cisneros, 2017)

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El síndrome nefrótico es una alteración renal causado por un grupo de enfermedades, determinado por el aumento en la permeabilidad de la pared capilar de los glomérulos renales que determina la presencia de altos niveles de proteína en la orina (proteinuria) mayor a 3.5 g equivalentes por día, niveles bajos de proteína en la sangre (hipoproteinemia o hipoalbuminemia), ascitis y en algunos casos, edema, colesterol alto.

Esta enfermedad afecta principalmente en la etapa de la infancia donde se compromete el desarrollo físico y mental, lo cual requiere una atención primaria y especializada, siendo un paciente pediátrico implica una intervención primordial e intensiva mediante cuidados de enfermería e intervenciones que se debe realizar al paciente.

En este estudio de caso clínico tiene como finalidad demostrar la diferencia que se debe tener ante un paciente pediátrico debido a las complicaciones y riesgos que puede presentar, así poder desarrollar correctas actividades de enfermería aplicado el proceso de atención de enfermería mediante las taxonomías NANDA, NIC y NOC y así brindar respectivos cuidados de enfermería aplicándolas con eficiencia y calidad para poder lograr una pronta recuperación favorable al paciente.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente pediátrico de 7 años de edad con síndrome Nefrotico.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Recopilar información mediante historia clínica, anamnesis y exámenes de laboratorio
- Formular diagnósticos según los cuidados de enfermería que el paciente requiere mediante el uso de taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Brindar cuidados de enfermería que requiere el paciente según los datos obtenidos de la valoración clínica y patrones funcionales de Marjory Gordon.

### 1.3 DATOS GENERALES

**Nombres:** NN

**Apellidos:** NN

**Numero de Cedula:** 1251180004

**Edad:** 7 años

**Sexo:** Femenino

**Estado Civil:** Soltera

**Grupo Cultural:** Mestizo

**Lugar y Fecha de Nacimiento:** Babahoyo, 31 de Diciembre del 2013

**Lugar de Procedencia:** Babahoyo

**Residencia:** Barreiro Nuevo

**Nivel de Estudio:** Primario

**Ocupación:** Estudiante

**Grupo Sanguíneo:** O+

**Nivel socio-económico:** Medio

## II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.

Paciente de sexo femenino de 7 años de edad ingresa al área de emergencia del Hospital General Martin Icaza acompañada de su padre presentado un cuadro clínico de hace 20 días presenta inflamación en la cara, dolor abdominal producto de una ascitis, edema en miembros inferiores, motivo por el cual es ingresada a esta casa de salud.

Antecedentes

<b><i>Antecedentes Patológicos Personales</i></b>	<b><i>Antecedentes Patológicos Familiares</i></b>	<b><i>Hábitos Personales</i></b>	<b><i>Vacunas</i></b>
Síndrome Nefrotico	Madre: No refiere Padre: No refiere	No refiere	Padre refiere vacuna completa a su edad.

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

Paciente de sexo femenino de 7 años de edad consciente orientada en tiempo y espacio con puntuación de Glasgow 15/15; ingresa al área de emergencia acompañada de su padre por presentar un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal generalizado desde hace aproximadamente 20 días, acompañado de inflamación en la cara, al momento afebril. A la observación se evidencia edema (fóvea) en los miembros inferiores con depresión ligera de aproximadamente de 2 mm o menos que desaparece a la palpación con rapidez. El médico de turno procede a la realización de exámenes complementarios y ecografía.

### 2.3 Examen Físico (Exploración Clínica)

<b>Cabeza</b>	<p>Cabello: implantación normal de acuerdo a su edad y sexo.</p> <p>Cara: presencia de inflamación facial.</p> <p>Ojos: pupilas isocóricas, dificultad a la apertura completa del ojo.</p> <p>Oídos: permeable, membranas timpánicas de aspectos normales.</p> <p>Nariz: fosas nasales permeables</p> <p>Boca: mucosa semihúmeda.</p>
<b>Cuello</b>	Simétrico, sin adenopatía
<b>Tórax</b>	Simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos taquicárdicos.
<b>Abdomen</b>	globuloso, doloroso a la palpación profunda.
<b>Miembros Superiores</b>	Simétricos, sin lesiones, con movilidad disminuida, catéter venoso en mano derecha.
<b>Miembros Inferiores</b>	Simétricos, presencia de edema (fóvea) con depresión ligera de aproximadamente de 2 mm o menos que desaparece a la palpación con rapidez
<b>Piel</b>	Pálida
<b>Medidas Antropométricas</b>	<p>Talla: 116 CM</p> <p>Peso: 25 KG</p> <p>IMC: 18.6</p>
<b>Signos Vitales</b>	
<p><b>Saturación de Oxígeno:</b> 96 %</p> <p><b>Presión Arterial:</b> 90/70 mmHg</p> <p><b>Frecuencia Cardíaca:</b> 110</p> <p><b>Frecuencia Respiratoria:</b> 20</p> <p><b>Temperatura:</b> 37 °C</p>	

## **Valoración de enfermería por patrones funcionales (Teoría de Marjory Gordon)**

### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD**

Padre refiere que la paciente se encuentra despierta, consciente, orientada en tiempo y espacio, además que se muestra irritable por su estadía en el hospital, nos indica que desea irse, padre de la niña nos indica que estos meses no ha sido favorable la salud de la paciente.

### **PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABOLICA**

Paciente pesa 25 kg con estatura de 1.16 cm, con un IMC 18.6 lo que evidencia estar en peso normal, mucosas orales semihúmedas, no sufre alergias alimenticias, facies pálidas, edematización en los miembros inferiores. Por lo cual presenta restricción de líquidos, Dieta hiperproteica con restricción de potasio.

Numero de comida en el hospital: 3 veces al día.

### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

Urinario: presenta dificultad para miccionar con retención de líquidos producto de una ascitis.

Intestinal: presenta deposiciones 1 vez al día.

### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**

Refiere no realizar ningún deporte, se encuentra en reposo y nos indica que se siente débil, sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales: frecuencia respiratoria 20 min, frecuencia cardiaca 110 y presión arterial 90/70mmHg y su movilidad disminuida por canalización de vía periférica.

## **PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO**

No refiere tener problema para conciliar el sueño.

## **PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO**

Paciente se encuentra despierta, consciente, orientado en tiempo y espacio, tiene un lenguaje claro, no presenta problemas de audición, olfato y tacto.

## **PATRÓN 7: AUTO PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

No valorado

## **PATRÓN 8: ROL-RELACIONES**

Se encuentra en compañía de su padre desde su ingreso. Mantiene una buena relación con su núcleo familiar.

## **PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

Paciente aun no presenta su primera menarquia.

## **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente refiere tener frío, además se encuentra irritable, ansiosa, manifiesta mediante llanto que desea irse a su casa y no estar hospitalizada.

## **PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS**

Paciente refiere ser católica y manifiesta que acude a la iglesia todas las semanas.

### **PATRONES ALTERADOS:**

- ✓ Patrón de percepción- manejo de salud
- ✓ Patrón nutricional-Metabólica
- ✓ Patrón de eliminación
- ✓ Patrón adaptación-Tolerancia al Estrés.

### **2.4 Información de Exámenes complementarios realizados.**

Se le realiza exámenes de laboratorio de Hematología, química sanguínea, uroanálisis y ecografía abdominal.

#### **1.Hematologia**

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>VALORES NORMALES</b>
Hematíes	4.91	$\times 10^6/uL$	3.5-5.2
Hematocrito	37.9	%	35-49
Hemoglobina	12.5	g/dL	12-16
MCV	77.2	fL	80-100
MCH	25.5	pg	27-34
RDW – CV	13.8	%	11-16
Plaquetas	470	$10^3/uL$	150-450
VPM	9.5	fL	6.5-12
Leucocitos	13.33	$10^3/uL$	4-10
Neutrófilos #	3.02	$10^3/uL$	1.5-7
Linfocitos #	7.49	$10^3/uL$	1.6-4
Monocitos#	0.48	$10^3/uL$	>0.90
Eosinófilos#	0.22	$10^3/uL$	>0.40
Basófilos#	0.09	$10^3/uL$	>0.10
Neutrófilos%	22.6	%	50-70
Linfocitos%	56.2	%	20-40
Monocitos%	3.6	%	3-12

Eosinófilos%	16.7	%	0.5-5
Basófilos%	0.7	%	0-1
MCHC	33.0	g/dL	31-37
RDW-SD	38.9	fL	35-56
IG%	0.2	%	-

## 2. Bioquímica Sanguínea

DETERMINACIÓN	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES NORMALES
Glucosa en ayuna	95	mg/dl	70-110
Urea	15.8	mg/dl	15-48
Creatinina	0.27	mg/dl	< 7 años 0.28-0.52
Colesterol	462.1	mg%	0-200
Triglicéridos	323.9	mg%	50-150
Acido Úrico	5.00	mg/dL	31-41
Bilirrubina total	0.12	mg%	0-1.2
Bilirrubina directa	0.03	mg%	-
Bilirrubina indirecta	0.09	mg%	0-1.0
Proteínas Totales	3.29	mg%	6.6-8.7
PCR Cuantitativa	0.72	mg/L	0-5

## 3. Uroanálisis

EXAMEN	RESULTADOS
PH	7
Aspecto	Turbio
Glucosa	Negativo
Cetona	Negativo
Urobilinógeno	Negativo

Bilirrubina	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	19.14 /UI
Hematías	44.8 /UI
Cristales	Negativo
Filamentos	Negativo
Células	Negativos
Bacterias	++
Levaduras	Negativo
Leucocitos	+
Hemoglobina	+++
Color	Amarillo
Densidad	1.006

## **ECOGRAFIA ABDOMINAL**

Hígado de tamaño, textura homogénea y ecogenicidad normal. no lesión focal

Vesícula biliar de paredes finas, no litiasis, no dilatación de la vía biliar intra y extra hepática.

Vaso de tamaño, textura y ecogenicidad normal.

Páncreas de tamaño, textura y ecogenicidad normal.

Aorta de calibre normal, no adenomegalias.

Ambos riñones de tamaño conservado, textura heterogénea y ecogenicidad normal, no litiasis, no dilatación del sistema excretor.

Líquido libre en cavidad en esa cantidad.

Vejiga no esplenificada de paredes finas, no lesión orgánica.

Derrame pleural izquierdo

**Conclusión:** Líquido libre en cavidad + derrame pleural izquierdo.

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.**

De acuerdo a lo que refiere el padre de la niña al momento de su llegada a esta casa de salud su diagnóstico presuntivo fue abdomen agudo.

Después de haber realizado la valoración física y signos que presenta se le dio un diagnóstico de ascitis+presencia de edema (fóvea) con depresión ligera de aproximadamente de 2 mm o menos que desaparece a la palpación con rapidez.

Una vez que se le realizaron los exámenes de laboratorio y ecografía abdominal se determinó un diagnóstico definitivo de Síndrome Nefrotico.

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

Realizada la valoración al paciente pediátrico se ha encontrado factores que afectan su salud y se ha seleccionado las prioritarias como la presencia del dolor abdominal generalizado y edematización (fóvea) de miembros inferiores con depresión ligera de aproximadamente de 2 mm o menos que desaparece a la palpación con rapidez, por lo cual se ha puesto en práctica el Proceso de Atención de Enfermería a través de la taxonomía de NANDA, NIC y NOC.

Se realiza control de signos vitales, control de balance hídrico, control de diuresis, exámenes de laboratorio; biometría hemática, química sanguínea, uroanálisis y ecografía abdominal.

Previa indicación medica se realiza el siguiente tratamiento farmacológico:

- ✓ Cloruro de Sodio 0.9 % 1000 ml
- ✓ Paracetamol 250 mg IV cada/8 horas.
- ✓ Omeprazol 25 mg IV cada día.
- ✓ Ampicilina+Sulbactam 1.2 g IV cada/8 horas.
- ✓ Furosemida 12.5 mg IV cada/12 horas.
- ✓ Metilprednisolona 12.5 mg IV cada/ 8 horas.

Una vez concluida la valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon durante la entrevista con el paciente se puede ya diferenciar los patrones alterados, para realizar los cuidados de enfermería adecuados, entre estos tenemos los siguientes:

- ✓ Patrón 1: Percepción-Manejo de Salud
- ✓ Patrón 2: Nutrición- Metabólica
- ✓ Patrón 3: Eliminación
- ✓ Patrón 9: Adaptación-Tolerancia al estrés

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**NANDA:** 00026  
**NOC:** 0601  
**NIC:** 2000

**DX:** Exceso de Volumen de Líquidos  
**DOMINIO:** 2 Nutrición  
**CLASE:** 5 Hidratación

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Edema, derrame pleural.

**E/P:** Mecanismos de regulación comprometidas, deterioro de la función renal

**Dominio:** II Equilibrio Hídrico

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
060107 entradas y salidas diarias equilibrada			X		
060110 Ascitis			X		
060112 Edema			X		
060109 Peso Corporal				X	

**Clase:** G Líquidos y Electrolitos

**Etiqueta:** 0601 Equilibrio Hídrico

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

**Campo:** Fisiológico: Complejo

**Clase:** G Control de electrolitos y acido-base

**Etiqueta:** 2000 Manejo de Electrolitos

- ACTIVIDADES**
1. Control de signos vitales: presión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Saturación de Oxígeno.
  2. Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
  3. Obtener muestras de especímenes para análisis de laboratorio de los niveles de electrólitos (gases en sangre arterial, orina y suero), si procede.
  4. Pesarse diario y valorar la evolución
  5. Proceder a la restricción de líquidos
  6. Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: 00023  
 NOC:  
 NIC:

**DX:** Retención urinaria  
**DOMINIO:** 3 Eliminación-Intercambio  
**CLASE:** 1 Función Urinaria

**R/C:** Ausencia de diuresis, micciones de poca cantidad.

**E/P:** Ascitis, edema

**Dominio:** II Salud Fisiológico

## ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
050307 Ingesta de líquidos		X			
050309 Dolor al orinar					X
050331 Micción frecuente			X		
050333 Retención Urinaria		X			

**Clase:** F Eliminación

**Etiqueta:** 0503 Eliminación Urinaria

## ACTIVIDADES

1. Control de signos vitals: presión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Saturacion de Oxigeno.
2. Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
3. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.
4. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria
5. Pesar diario y valorar la evolucion
6. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria

**Campo:** 1 Fisiológico: Básico

**Clase:** B Control de Eliminación

**Etiqueta:** 0590 Manejo de Eliminación Urinaria

M  
E  
T  
A  
S

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

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales.**

El presente estudio de caso lo relacione con la teorizante Callista Roy, ya que se estableció de acuerdo a las manifestaciones presentadas por el paciente, ya que al momento del ingreso al área hospitalaria se mostro irritable, poco amigable y limitada en su comunicación, el personal médico y enfermería rápidamente ayudo a que el paciente se sienta tranquila, segura y confiada para lograr una buena comunicación que nos ayude a la pronta recuperación favorable al paciente.

Según Díaz de Flores, Durán de Villalobos & Gallego de Pardo “Callista Roy desarrollo el modelo de adaptación, su interés por este modelo fue debido a su experiencia profesional y personal como enfermera pediátrica, al observar cómo sus pacientes pediátricos se adaptaban a los cambios debido a diferentes patologías”

## **2.8 Seguimiento**

Se realiza el seguimiento correspondiente al paciente durante 8 días de hospitalización desde el día de su ingreso 09-02-2020 hasta el día de su egreso 16-02-2020.

### **Primer día (09 de febrero del 2020)**

Paciente ingresa por el área de emergencia del Hospital General Martin Icaza, paciente pediátrico de sexo femenino acompañada de su padre, quien fue atendida por el personal medico y enfermero, presentado un cuadro clínico de dolor abdominal, inflamación de la cara y edemas (fóvea) en miembros inferiores. Continuamente el medico de turno procede a realizar ordenes para exámenes complementarios: biometría hemática, química sanguínea, uroanálisis por presentar dolor abdominal.

Con la valoración de estos exámenes complementarios el medico diagnóstico: Síndrome Nefrotico.

Inmediatamente el medico ordena que la paciente necesita hospitalización con cuidados médicos y de enfermería para su vigilancia, además ordena restringir los líquidos en su dieta diaria.

#### **Segundo día (El 10 de Febrero del 2020)**

Paciente mantiene inflamación en la cara, dolor abdominal generalizado a la palpación, más edema en extremidades inferiores (fóvea) con depresión ligera de 2mm o menos que desaparece con rapidez a la palpación, Paciente se muestra muy irritable, afebril, se daña la vía periférica, no colabora por lo cual se comunica a médico tratante, además mantiene una dieta hiperproteica con restricción de líquidos. Medico prescribe realizar control de diuresis. Se le administra medicación prescrita por el médico.

#### **Tercer día (El 11 de Febrero del 2020)**

Se realiza control de diuresis, para lo cual se le comunica al médico que la paciente no está eliminando con facilidad el contenido urinario, para lo cual medico prescribe furosemida 12.5 mg intravenoso stat ,además se brinda los cuidados de enfermería: se realiza la monitorización de signos vitales cada 2 horas, se administra medicamentos prescritos por el medico: cloruro de sodio 0.9 % 1000 ml pasar 20 ml/hora, paracetamol 250 mg IV cada/ horas, omeprazol 25 mg IV cada día, Ampicilina+Sulbactam 1.2 g IV cada/8 horas, furosemida 12.5 mg IV cada/12 horas, metilprednisolona 12.5 mg IV cada/8 horas.

#### **Cuarto día (El 12 de Febrero del 2020)**

paciente se encuentra más tranquila, no refiere dolor a la palpación abdominal, por lo cual medico prescribe discontinuar paracetamol y dejarlo para razones necesarias, comienza a realizar diuresis, se observa edema palpebral, y leve edema en miembros inferiores, al momento afebril, con un balance hídrico negativo, medico envía ordenes de exámenes. Se mantiene dieta con restricción de líquidos.

#### **Quinto día (El 13 de febrero del 2020)**

Se crea un vínculo enfermero paciente para el cual paciente se muestra más colaborativa, más tranquila, se procede a recanalizar vía periférica, se observa disminución en edema palpebral, y en miembros inferiores, al momento afebril, con

un balance negativo, se le administra medicación prescrita por el médico, más instalación de cloruro de sodio al 0.9% con goteo lento para hidratación mínima.

#### **Sexto día (El 14 de febrero del 2020)**

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, al momento afebril, se realiza control de signos vitales cada 6 horas, con una vía permeable, se observa disminución de edema palpebral y de miembros inferiores, se le administra medicación prescrita, con un balance ligeramente positivo de 50ml, médico de turno realiza ordenes de exámenes de laboratorio para observa la evolución de la paciente.

#### **Séptimo día (El 15 de Febrero del 2020)**

Paciente tranquila ambulante, el padre refiere que no presenta dificultad para miccionar, sin presencia edema palpebral y en miembros inferiores, al momento afebril, se realiza cuidados de enfermería, se mantiene con dish permeable, se realiza control de signos vitales cada 6 horas, medico revisa los exámenes de laboratorio en donde establece que ya se encuentras normales, lo cual se comunica al padre de la paciente que al día siguiente estará dándole el alta médica a su hija.

#### **Octavo día (EL 16 de Febrero del 2020)**

Paciente evoluciona favorablemente, se le brinda el alta hospitalaria por parte de médico, con indicaciones médica, después de haber recibido los cuidados específicos a la paciente se logró el objetivo planteado mejorando su estado de salud, se brinda recomendaciones necesarias, también se le indica al padre de la niña llevar una dieta baja en sal y cambiar sus hábitos alimenticios

### **2.9 Observación**

Al padre de la paciente se le comunico el diagnostico y el tipo de tratamiento al cual debe llevar la paciente, además se le comunico que en los primeros días de hospitalización la paciente podría tener conductas irritables, llanto, producto de la afectación que padecía, también se le comunico de la padecía de líquidos en su dieta para lo cual se le pide ayuda en cuanto al control de los alimentos durante el tiempo estadía, en la cual acepto y firmo el consentimiento informado.

Además, se le pidió consentimiento al padre de la paciente para poder estudiar el caso de su hija bajo restricciones de identidad con fines educativos para lo cual se mostro muy colaborativo y acepto, por ende, nos permitió el realizar el desarrollo de este caso clínico.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio de caso clínico concluye con la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente pediátrico de 7 años de edad con diagnóstico de síndrome Nefrotico. La aplicación del proceso de atención de enfermería, nos proporciona una correcta intervención aplicando el conocimiento científico, además que garantiza el cuidado que ofrece enfermería porque promueve un mayor grado de interacción entre en el enfermero o enfermera y la persona o usuario, dando como resultado la prestación de cuidados de calidad.

Se recopilo toda la información a través de diferentes fuentes en las cuales son la historia clínica, anamnesis, examen de laboratorio, con la finalidad de brindar cuidados acordes al tipo de afectación que diagnosticaron los médicos tratantes, lo cual facilito la aplicación de los cuidados correctos.

Con las intervenciones de enfermería desarrollada a través de la taxonomía NANDA, NOC y NIC se demuestra que mediante la aplicación de esta técnica se pudo encontrar intervenciones apropiadas para la paciente que nos brindaron resultados favorables, ya que aplicado este tipo de intervenciones el paciente consiguió un proceso de recuperación en su estancia hospitalaria.

En la valoración del paciente se aplico los patrones funcionales de Marjory Gordon con los cuales se evidencio los patrones disfuncionales para poder fijar las metas e intervenciones a realizar en el paciente con síndrome Nefrotico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capone M & Capone M. (2019). Etiologia de síndrome nefrótico. 1-3. Obtenido de [https://www.apelizalde.org/revistas/2019-ARTICULOS/RE\\_2019\\_PP\\_5.pdf](https://www.apelizalde.org/revistas/2019-ARTICULOS/RE_2019_PP_5.pdf)
2. Cisneros. (11 de Diciembre de 2017). SÍNDROME NEFRÓTICO EN NIÑOS. *ARTÍCULO DE REVISIÓN*, 1-10.
3. Díaz de Flores, Durán de Villalobos & Gallego de Pardo. (28 de Mayo de 2005). Modelo de Adaptación Callista Roy. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
4. FRANCISCO RIVERA, SARA ANAYA, ANA ROMERA & IRENE RIVERA. (20 de Enero de 2020). Síndrome Nefrótico. *Nefrología al día*, 1-12. Obtenido de <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindromes-clinicos-nefrologia-258>
5. Jones, L. (10 de Julio de 2014). Tratamiento de síndrome nefrótico. *Elseiver*.
6. Mayo Clinic. (05 de Mayo de 2020). *Mayo Clinic*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nephrotic-syndrome/symptoms-causes/syc-20375608>
7. Mayo Clinic. (05 de Mayo de 2019). *diagnóstico de síndrome nefrótico*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nephrotic-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20375613>
8. Ortiz, E. R. (2014). SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO. 1-19. Obtenido de [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18\\_sindrome\\_nefrotico.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_sindrome_nefrotico.pdf)
9. Ramón, G. (2004). Anatomía del Riñón. *Viref*, 1-4. Obtenido de [http://viref.udea.edu.co/contenido/menu\\_alterno/apuntes/ac25-sist-renal.pdf](http://viref.udea.edu.co/contenido/menu_alterno/apuntes/ac25-sist-renal.pdf)

10. Sara Anaya Fernández & Carmen Vozmediano Poyatos. (2009). Manifestaciones Clínicas de síndrome nefrótico. *Nefrología del día*, 1-20.
11. Toledo I & Gogorza C. (2019). Síndrome Nefrótico. 1-4. Obtenido de [https://www.apelizalde.org/revistas/2019-ARTICULOS/RE\\_2019\\_PP\\_5.pdf](https://www.apelizalde.org/revistas/2019-ARTICULOS/RE_2019_PP_5.pdf)
12. Vogel, A. (2007). Fisiopatología síndrome nefrótico. Obtenido de <http://publicacionesmedicina.uc.cl/pediatriaHosp/SindromeNefrotico.html>

# ANEXOS

HISTORIA CLINICA

1 REGISTRO DE ADMISION

2 INICIO DE ATENCION Y FACTIVO

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y ENFERMEDADES DE LOS SISTEMAS

EMERGENCIA (1)

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

8 LOCALIZACION DE LESIONES

9 EMERGENCIA O CRISIS

10 SOLICITUD DE EXAMENES

11 DIAGNOSTICO DE INGRESO

12 DIAGNOSTICO DE ALTA

13 PLAN DE TRATAMIENTO

14 ALTA

Foto: Formulario 08

HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

EXAMEN FISICO

HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA

6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES

7 EXAMEN FISICO

8 DIAGNOSTICO

9 PLANES DE TRATAMIENTO

EXAMEN FISICO

Foto: Anamnesis y examen fisico

Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Consultar Ordenes	95	mg%	70 - 110
COLESTEROL	* 462.1	mg%	0 - 200
TRIGLICERIDOS	* 323.0	mg%	50 - 150
UREA	15.8	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	0.27	mg/dl	1 - <3 años 0.24 - 0.41 3 - <5 años 0.31 - 0.47 5 - <7 años 0.28 - 0.52 7 - <9 años 0.40 - 0.60 9 - <11 años 0.39 - 1.2
ACIDO URICO	5.00	mg/dl	3.4 - 7
BILIRRUBINA TOTAL	0.12	mg%	adulto hasta 1.2 neonato hasta 15 días 6.0 - 8.0 neonato 1 día hasta 11.0
BILIRRUBINA DIRECTA	0.03	mg%	-
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.09	mg%	HASTA 1.0
PROTEINAS TOTALES	3.29	g%	6.6 - 8.7
PCR - CUANTITATIVO	0.72	mg/L	0 - 5

Usuario Valida: NOELIA DEL PILAR JACOME YULAN

Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Consultar Ordenes	4.91	x 10 <sup>6</sup> /μL	3.5 - 5.2
HEMOGLOBINA	12.5	g/dl	12 - 16
HEMATOCRITO	37.9	%	35 - 49
MCV	* 77.2	fL	80 - 100
MCH	* 25.5	pg	27 - 34
RDW-CV	13.8	%	11 - 16
PLAQUETAS	* 470	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
VPM	9.5	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	* 13.33	10 <sup>3</sup> /uL	4 - 10
NEUTROFILOS#	3.02	10 <sup>3</sup> /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 7.49	10 <sup>3</sup> /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.48	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	2.22	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.09	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	* 22.6	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 56.2	%	20 - 40
MONOCITOS%	3.6	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	* 16.7	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.7	%	0 - 1
MCHC	33.0	g/dl	31 - 37
RDW-SD	38.9	fL	35 - 56
GRUPO SANGUINEO	0		-
FACTOR RH	POSITIVO		-
IG%	0.2	%	-

Validación de muestra

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Consultar Ordenes	7		
ASPECTO	TURBIO		
PROTEINAS	4+	mg/dL	
GLUCOSA	neg	mg/dL	-
CETONA	neg	mg/dL	
UROBILINOGENO	neg	mg/dL	-
BILIRRUBINA	neg	mg/dL	
NITRITOS	neg		
LEUCOCITOS.	19.14 /uL	X C	-
HEMATIES	44.88 /uL	X C	-
CILINDROS	neg		-
CRISTALES	neg		-
FILAMENTOS MUCOSOS	neg		-
CELULAS EPITELIALES	neg		-
BACTERIAS	2+		-
LEVADURAS	neg		-
LEUCOCITOS	1+		-
HEMOGLOBINA	3+		-
COLOR	AMARILLO		-
DENSIDAD.	1.006		-

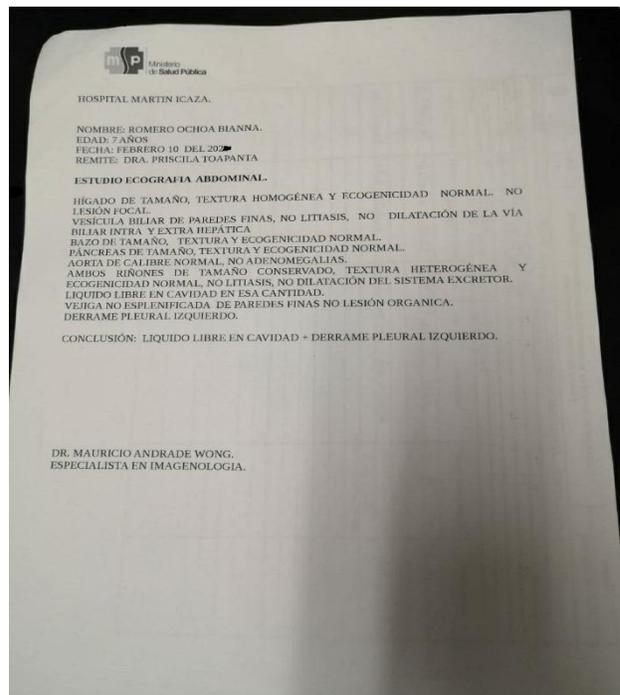


Foto: Exámenes de laboratorio y Ecografía