



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO EN UN PACIENTE QUE PADECE SÍNDROME DE
KWASHIORKOR

BOHORQUEZ SUAREZ GINA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CUENCA TINOCO JESSICA CARLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO EN UN PACIENTE QUE PADECE
SÍNDROME DE KWASHIORKOR

BOHORQUEZ SUAREZ GINA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CUENCA TINOCO JESSICA CARLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

ANÁLISIS DE CASO EN UN PACIENTE QUE PADECE SÍNDROME DE
KWASHIORKOR

BOHORQUEZ SUAREZ GINA LISSETTE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CUENCA TINOCO JESSICA CARLA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA

MACHALA, 29 DE ENERO DE 2019

MACHALA
2019

Nota de aceptación:


Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ANALISIS DE CASO EN UN PACIENTE QUE PADECE SÍNDROME DE KWASHIORKOR, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA
0703784561
TUTOR - ESPECIALISTA 1



GALLEGOS GALLEGOS EDITH MARLENE
0702091968
ESPECIALISTA 2



JUMBO DÍAZ CESAR PATRICIO
0705064566
ESPECIALISTA 3

Machala, 29 de enero de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Sindrome de Kwashiorkor.docx (D46999414)
Submitted: 1/18/2019 11:46:00 PM
Submitted By: jccuencat_est@utmachala.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

PROYECTO DESNUTRICION 1.docx (D31199404)
PAREDES AGUILAR ALEXANDRA ESTEFANIA_PINEDA BENITEZ ALISON SAMANTHA_PT-011018
(1).docx (D46941773)

Instances where selected sources appear:

5

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, BOHORQUEZ SUAREZ GINA LISSETTE y CUENCA TINOCO JESSICA CARLA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ANALISIS DE CASO EN UN PACIENTE QUE PADECE SÍNDROME DE KWASHIORKOR, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.


Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 29 de enero de 2019


BOHORQUEZ SUAREZ GINA LISSETTE
0705568699


CUENCA TINOCO JESSICA CARLA
0705639938

RESUMEN

La desnutrición infantil aguda afecta a los menores de 5 años alrededor del mundo, aproximadamente 9 millones de niños menores de 5 años mueren y una tercera parte de estas muertes fueron a causa de la desnutrición. La desnutrición tipo Kwashiorkor o Síndrome de Kwashiorkor es una enfermedad sistémica, producida por una baja disponibilidad de proteínas, la ingesta escasa de estas, por una inadecuada absorción, también se desarrollan por el destete temprano del seno materno, por no compensar las cantidades adecuadas de proteínas y en ciertos casos se presenta en las personas que padecen alguna enfermedad crónica y/o grave, en este síndrome los grupos más vulnerables son los niños menores a los 2 años y se manifiesta con apatía, desaceleración del crecimiento, pérdida de la masa corporal, y el signo característico es el edema e infecciones frecuentes del tracto respiratorio y digestivo, para nuestro trabajo de titulación nos hemos planteado como objetivo analizar el caso clínico de la paciente que padece síndrome de Kwashiorkor, mediante el modelo de Virginia Henderson para mejorar su calidad de vida.

Para desarrollar nuestro análisis de caso se implementó una metodología cualitativa, la misma que se realizó mediante: la observación de las manifestaciones clínicas mientras permaneció hospitalizada, y además de la recopilación de información de la historia clínica del objeto de estudio, de la revisión bibliográfica, de estudios y artículos científicos nacionales e internacionales actualizados.

En los resultados del estudio se trata de una niña de 1 año 2 meses de edad, oriunda de la parroquia Barbones del cantón El Guabo, la misma que ingresa a la unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital General Machala, en compañía de la abuela materna la misma que refiere que la niña presenta tos de moderada intensidad, además epistaxis y deposiciones con estrías de sangre, con 12 horas de evolución. Al indagar en la historia clínica la niña presenta antecedentes patológicos personales: Parálisis Cerebral Infantil, Síndrome de Moebius, tenía una colostomía, más presencia de gastrostomía funcional y en sus antecedentes patológicos familiares: Abuela materna padece de diabetes y su tío materno lupus eritematoso.

Al momento de la entrevista abuela materna manifiesta que la niña no recibió lactancia materna exclusiva y que la niña presenta infecciones de tracto respiratorio recurrentes, mientras que en el examen físico se valoró paciente intranquila, con apatía, un quejido

persistente, tos húmeda irritativa, secreciones abundantes, rinorrea, tiraje intercostal, abdomen globuloso, depresible no doloroso a la palpación con presencia de gastrostomía funcional, disminución de la masa muscular, edema de miembros inferiores.

Basándonos en la investigación realizada para este estudio, podemos concluir que el Síndrome de Kwashiorkor es un tipo de desnutrición severa que afecta a los menores de 2 años y especialmente a los niños que han sido destetados antes de tiempo y no han recibido los nutrientes necesarios para su desarrollo eficaz, es por ello que el equipo multidisciplinario de salud recomienda la prevención del Síndrome de Kwashiorkor ya que puede provocar secuelas irremediables en el infante y en caso extremos conlleva a la muerte del menor.

Palabras Clave: Síndrome de Kwashiorkor, Síndrome de Moebius, Lupus, Gastrostomía, Colostomía.

ABSTRACT

Acute malnutrition affects children under 5 years of age around the world, approximately 9 million children under 5 die and a third of these deaths were due to malnutrition. This type of Kwashiorkor malnutrition or Kwashiorkor Syndrome is a systemic disease. It occurs for several reasons: by a low availability of proteins, the poor intake of these, due to inadequate absorption, also develop by early weaning of the maternal breast, by not compensating the adequate amounts of proteins and in some people suffering from a chronic and / or severe disease. In this syndrome, the most vulnerable groups are children under 2 years. It is manifests apathy, slowing growth, loss of body mass , and the characteristic sign is edema and frequent infections of the respiratory and digestive tracts, for our titration work we have set ourselves the objective of analyzing the clinical case of the patient suffering from Kwashiorkor syndrome, using the Virginia Henderson model to improve its quality of life.

To develop our case analysis we implemented a qualitative methodology. It was carry out by, the observation of clinical manifestations while hospitalized, and in addition to the collection of information from the clinical history of the study object, from the literature review, of updated national and international scientific studies and articles.

The results of the study are of a 1-year-old 2-month-old girl from the Barbones parish in the canton of El Guabo, who enters the Pediatric Emergency Unit of the Machala General Hospital, in the company of the maternal grandmother. She said that the girl presents cough of moderate intensity, in addition epistaxis and streaks of blood on deposition, with 12 hours of evolution. When investigating the clinical history, the girl had a personal pathological history: Infantile Cerebral Palsy, Moebius Syndrome, had a colostomy, more presence of functional gastrostomy and in her family pathological antecedents: Maternal grandmother suffers from diabetes and her maternal uncle lupus erythematosus.

In the time of the interview, the maternal grandmother states that the girl did not receive exclusive breastfeeding. In addition, the girl have recurrent respiratory tract infections. In the physical examination she was rated restless patient, with apathy, a persistent moan, irritable wet cough, secretions abundant, rhinorrhea, intercostal circulation, globular abdomen, depressible not painful to palpation with the presence of functional gastrostomy, decreased muscle mass, edema of lower limbs.

Based on the research conducted for this study. We can conclude that Kwashiorkor Syndrome is a type of severe malnutrition that affects children under 2 years of age and especially premature children and have not received the necessary nutrients to its effective development. The multidisciplinary health team recommends the prevention of Kwashiorkor Syndrome as it can cause irreparable consequences in the infant and in extreme cases leads to the death of the child.

Keywords: Kwashiorkor Syndrome, Moebius Syndrome, Lupus, Gastrostomy, Colostomy.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	8
1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO....	8
1.1.1. KWASHIORKOR	8
1.1.2. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO.....	8
1.1.3. HECHOS DE INTERÉS.....	8
1.1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	9
CAPÍTULO II:FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA – EPISTEMOLOGÍA DEL ESTUDIO	10
2.1. TEORÍA GENERAL HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	10
2.1.1. EPISTEMOLOGÍA	10
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.2.1. DESNUTRICIÓN	11
2.2.2. TIPOS DE DESNUTRICIÓN	11
2.2.3. SÍNDROME DE KWASHIORKOR	11
2.2.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	13
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	15
3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA.....	15
3.1.1. ÁREA DE ESTUDIO	15
3.1.2. UNIDAD DE ANÁLISIS	15
3.1.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	15
3.1.4. TIPO DE ESTUDIO	15
3.1.5. MÉTODO DE ESTUDIO	15
3.1.6. TÉCNICAS A UTILIZAR.....	16

3.1.7. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	16
3.1.8. CATEGORÍAS	16
3.1.9. ASPECTOS ÉTICO LEGALES:.....	16
3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS.....	17
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
4.1. DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	18
4.1.1. DATOS DE FILIACIÓN:.....	18
4.1.2. REPORTES DE ENFERMERÍA:	18
4.1.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	19
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES	21
VII. RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS.....	27
Tabla N°1: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	27
Tabla N° 2: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
Tabla N°3: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	29
Tabla N°4 RESUMEN DEL CASO CLINICO SEGÚN SUS CATEGORIAS.	30

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral infantil es una condición que trae consigo trastornos neurológicos apareciendo en la primera infancia y repercute en el movimiento del cuerpo y la coordinación muscular. (1) (2) La Parálisis Cerebral Infantil altera la función esofaríngea como la orofaríngea, provocando flacidez o rigidez de las extremidades y el tronco, postura anormal, movimientos involuntarios, por ello las personas que tienen PCI pueden tener problemas para tragar, al hablar y respirar. (3) (4) Debido a sus alteraciones de la deglución provoca desnutrición en los primeros años de vida y puede llevar a déficit permanentes en el crecimiento, el desarrollo psicomotor y la capacidad de aprendizaje del niño. (5)

La desnutrición infantil aguda afecta a los menores de 5 años en el mundo cada año, lo que corresponde aproximadamente unos 9 millones de niños y contribuye la tercera parte muertes. La desnutrición constante y recurrente puede desencadenar a una desnutrición tipo Kwashiorkor. (6) La desnutrición proteínico energética o Síndrome de Kwashiorkor es una enfermedad sistémica, producida por una baja disponibilidad de proteínas, o por la escasa ingesta, inadecuada absorción. (7)

La Organización Panamericana de la Salud, muestra que en Latinoamérica el 5,1% de la población de niños padece de desnutrición y que en los últimos 27 años en Ecuador el índice de desnutrición en los niños ecuatorianos bajo de un 40.2% a un 25.2%. (8) Datos del MSP muestran que en Ecuador el grupo más afectado en desnutrición aguda moderada es el de 1 a 2 años de edad con el 58,27% (1018 casos) notificados, mientras que para desnutrición aguda severa el grupo más afectado es el de 0 a 11 meses, con el 53,20% (256 casos) y las provincias más afectadas son: Guayas con 378 casos (21,64%), Pichincha con 247 casos (14,14%), Manabí con 177 casos (10,13%) y El Oro con 104 casos (5,95%) datos obtenidos de la semana epidemiológica 35 del 2018. (9)

Se puede decir que la desnutrición tipo Kwashiorkor es una patología que afecta al desarrollo del lactante, su tratamiento es continuo y no garantiza una recuperación total, por ello es lo que se recomienda es la prevención, mediante la educación a los cuidadores o familiares para restablecer su salud y evitar las complicaciones que trae consigo.

CAPÍTULO I:

GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1. KWASHIORKOR

En una de sus publicaciones el Fondo de Naciones Unidas para la infancia, UNICEF indica que el Kwashiorkor es un tipo de desnutrición aguda severa que se manifiesta por el consumo inadecuado de proteínas y que un signo característico es el edema en los miembros inferiores y el abdomen. (10)

1.1.2. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 1 año 2 meses de edad ingresa a la unidad de Emergencia del Hospital General IESS el día 23 de diciembre del 2017, quien por referencia de la abuela materna indica que es producto de primera gesta de un embarazo controlado, parto eutócico simple a término con mal apgar al nacer, no respiró espontáneamente, por lo que permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, no recibió lactancia materna, ha permanecido múltiples ocasiones hospitalizada por infecciones respiratorias. Además, indica que presenta tos de moderada intensidad con estrías de sangre, epistaxis y deposiciones con estrías de sangre, de 12 horas de evolución. Con antecedentes patológicos personales de Síndrome de Kwashiorkor además la presencia de gastrostomía.

Con signos vitales de saturación 96% con oxígeno a 3 litros por minuto con dispositivo de cánula nasal, frecuencia Cardíaca 130 latidos por minuto, frecuencia Respiratoria 38 respiraciones por minuto, temperatura: 36,3°C, peso de 7 kg. Es ingresada al Área de Pediatría para el tratamiento respectivo.

1.1.3. HECHOS DE INTERÉS

En ciertas culturas, después del destete, los niños son alimentados con dietas bajas en proteínas y rica en hidratos de carbono y pueden desarrollarse un niño gordo con deficiencia proteínica, “niños de azúcar” o con distrofia farinácea. (7)

1.1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar el caso clínico de la paciente que padece síndrome de Kwashiorkor, mediante el modelo de Virginia Henderson para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Detallar el caso clínico sobre síndrome de Kwashiorkor.

Revisar bibliografías acerca del Síndrome de Kwashiorkor.

Diseñar planes de cuidado a pacientes que presenten síndrome de Kwashiorkor dirigidos a los cuidadores y al personal de enfermería.

CAPÍTULO II:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA – EPISTEMOLOGÍA DEL ESTUDIO

2.1. TEORÍA GENERAL HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se entiende que el proceso natural de la enfermedad, es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos Agente; (físicos, químicos, biológicos, sociales o psicológicos), Huésped y Medio Ambiente, se interrelacionan y producen la ruptura del homeostasis.

2.1.1. EPISTEMOLOGÍA

La historia natural de la enfermedad del Síndrome de Kwashiorkor se presenta más generalmente en lactantes entre los 6 y 36 meses de edad, mujeres y quienes padecen enfermedad de base. Este síndrome se evidencia por un desequilibrio nutricional, donde presentan trastornos metabólicos y fisiológicos, puede relacionarse con una alimentación pobre en nutrientes de la madre y las infecciones periódicas durante su gestación, también por no recibir lactancia exclusiva y después de la ablactación no recibe los suplementos necesarios para su correcto desarrollo o por infecciones usuales del tracto respiratorio y digestivo, y propicia una desnutrición grave. (7)

El organismo con sus diferentes mecanismos trata de mantener el estado funcional adecuado, pero cuando ya no lo logra el individuo presenta actividad física disminuida y es más susceptible a infecciones. Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas, incluyen desaceleración del crecimiento, disminución de la actividad física y apatía general, pérdida reciente de peso, signos y síntomas de deficiencia nutricionales específicas, hígado graso, edema, diarrea por malabsorción, infecciones frecuentes del tracto digestivo y respiratorio, en caso extremos si la desnutrición del niño progresa o presenta complicaciones graves, debido al desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular, renal, puede presentar secuelas con frecuencia irreversibles como cronicidad, lesión cerebral, sepsis, coma, estado de desnutrición crónica o la muerte. (7)

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. DESNUTRICIÓN

La desnutrición es considerada como una condición patológica debido a la ingesta inadecuada de nutrientes esenciales, que el cuerpo requiere. (11) En la etapa prenatal y los primeros años de vida tiene efectos desfavorables en el desarrollo neurológico, el sistema inmunológico que se encuentra debilitado, aumentando la probabilidad de aparición de patologías habituales en la niñez como diarreas y del tracto respiratorio, (12) puede darse por el cuidado inadecuado, quien depende de sus padres para su salud y alimentación. (13) La malnutrición sigue siendo una preocupación en salud, los niños en países subdesarrollados son los más afectados, se relaciona con altos índices de morbilidad y mortalidad. (14) Los factores ambientales, socioeconómicos y la alimentación inapropiada, son más relevantes que la predisposición genética para que se produzca este tipo de alteraciones. (15)

2.2.2. TIPOS DE DESNUTRICIÓN

En la desnutrición se evidencian tres tipos: calórica tipo marasmo; proteica tipo Kwashiorkor, y mixta proteico-calórica o también conocida como Kwashiorkor marasmático. Esta clasificación indica particularidades de la edad pediátrica, especialmente en sitios en donde existe escasez de alimentos o recursos insuficientes para adquirir los mismos. (16)

2.2.3. SÍNDROME DE KWASHIORKOR

El síndrome de Kwashiorkor es un tipo de desnutrición severa que se manifiesta por la insuficiente proteína y micronutrientes necesarios para las funciones del cuerpo, cuando se produce el destete, los aminoácidos no son reemplazados ya que la madre proporciona una dieta rica en carbohidratos, es cuando se produce el edema en los tejidos esto se da por el déficit de albúmina en la sangre. (17)

2.2.3.1. ETIOLOGÍA

Existen múltiples factores como son los ambientales, educacionales, psicosociales, culturales, nutricionales y entre otros factores para que se produzca este tipo de desnutrición. Estas causas ocasionan que el organismo no tenga la capacidad de adaptarse a los cambios, lo que conlleva a que haya la aparición de la clínica. Se lo ha relacionado con patologías como VIH y tuberculosis, además se ha observado mayor frecuencia en la

aparición del Kwashiorkor después de afecciones como el sarampión o una enfermedad diarreica. (6)

2.2.3.2. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la desnutrición severa tipo Kwashiorkor predomina el estrés oxidativo, aumento en la permeabilidad endotelial, con el paso de líquido hacia el espacio intersticial, aumento del agua corporal total y formación de edema, el cual se lo identifica como característica primordial relacionada con el Kwashiorkor. El deterioro nutricional se inicia en forma progresiva, la composición corporal se ven afectadas, la morbilidad y mortalidad pueden aparecer a mediano y largo plazo. (18)

2.2.3.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS

El edema como signo principal, se da la pérdida progresiva del tejido subcutáneo, el paciente en la cara puede presentar facie lunar, pérdida del pigmento, en los ojos palidez conjuntival, edema palpebral, los dientes el esmalte se ve alterado y presencia de caries, la piel se torna reseca, en ciertas zonas puede presentarse con más pigmento de lo normal, además de dermatitis generalizada, petequias, lesiones purpúricas y equimosis, hepatomegalia, diarrea, el cabello está fino y escaso, retraso en el desarrollo psicomotor, apatía, irritabilidad. (19) (20)

Se debe de tener en cuenta en caso que se presente la siguiente sintomatología el riesgo que tiene de fallecer el paciente es alto estos pueden ser la hipotermia con una temperatura axilar <35.5 °C o hipertermia >38 °C, una hemoglobina <4 g/d o <6 g/dl, disnea, bradicardia, diarrea, vómito constante y no acepta nada por la vía oral. (21)

2.2.3.4. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico se utilizan indicadores como: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, circunferencia media del brazo, pliegue cutáneo tríceps y áreas grasas y muscular del brazo para la edad. Esto varía según la gravedad, en la desnutrición proteica moderada se considerará el peso para la talla o talla para la edad y se tomarán en cuenta entre -2 y -3 desviaciones estándar, y es grave cuando la desviación estándar mayor de -3. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que el edema es un signo de desnutrición grave. (22) (23)

Para establecer que existe edema, se puede realizar presión con el pulgar en ambos pies por 3 segundos. Si deja fóvea es positivo. Se lo considera como leve cuando está presente en los pies, moderado en las piernas, pies y brazos, y severo en la cara y brazos.

2.2.3.5. TRATAMIENTO

El tratamiento en este tipo de desnutrición proteica es modificar las alteraciones en líquidos y electrolitos. La reposición de micronutrientes debe ser instaurada dentro de las 48 horas con el control de un especialista en nutrición, según cómo tolere el menor. Las leches artificiales forman parte del tratamiento de elección. Luego de una semana, los requerimientos deben ser aproximadamente de 175 kcal / kg y 4 g / kg de proteína. Además se debe complementar con un multivitamínico. (24)

2.2.3.6. COMPLICACIONES

Los niños que presentan una desnutrición aguda severa pueden afrontar complicaciones graves, pero aquellos que tomen medidas a tiempo, sus probabilidades de vida aumentan si se aplica la terapéutica propuesta por de la OMS. (25) El niño desnutrido grave con frecuencia se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular, renal o ambas y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección. Las alteraciones pueden ser la anorexia grave, irritabilidad. Las principales enfermedades oportunistas son la bronconeumonía, septicemias, infecciones del tracto digestivo y problemas cardiovasculares, hepática y renal, llevando así a la muerte. (7)

2.2.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

2.2.4.1. TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

En nuestro estudio hemos aplicado en modelo de Henderson, el mismo que muestra el rol autónomo de enfermería, ya que permite asistir al individuo enfermo o no, en la realización de estas actividades que contribuyen a su salud o la recuperación de esta, para que adquieran así su independencia lo más pronto posible y pueda satisfacer sus 14 necesidades básicas, se describen a continuación:

- 1. Oxigenación:** Se encuentra alterado
- 2. Necesidad de comer y beber:** Se encuentra alterado
- 3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:** Se encuentra alterado
- 4. Necesidad de moverse:** No se encuentra alterado
- 5. Necesidad de dormir:** No se encuentra alterado
- 6. Necesidad de vestirse:** No aplica
- 7. Necesidad de mantener su termorregulación:** No se encuentra alterado
- 8. Necesidad de la higiene corporal:** No se encuentra alterado
- 9. Necesidad de seguridad:** No se encuentra alterado

10. Necesidad de comunicación: No aplica

11. Necesidad de valores y creencias: No aplica

12. Necesidad de autorrealización: No aplica

13. Necesidad de realizar actividades recreativas: No aplica

14. Necesidad de aprendizaje: No aplica (26) (27)

2.2.4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON KWASHIORKOR

El personal de enfermería es un pilar fundamental en el proceso de recuperación de la salud de los pacientes con desnutrición grave tipo Kwashiorkor, estos cuidados se aplican a nivel intrahospitalario y para ello es necesario observar el aspecto físico del paciente, el estado nutricional, los constantes vitales, el control del peso, los niveles de albúmina, hierro y vigilar el apetito la fuerza y tono muscular del paciente. (28)

Una vez que se ha estabilizado y obtiene el alta médica es importante dar continuidad a los cuidados en el hogar del paciente y es necesario involucrar en este proceso a el cuidador y su a su familia. Las acciones que incluye este plan son las siguientes, y tienen como finalidad la prevención y rehabilitación:

- Medidas para prevención de contagio de infecciones respiratorias agudas (IRAS).
- Aplicación de inmunizaciones.
- Importancia de la lactancia materna.
- Control de peso y talla.
- No tener contacto con personas fumadoras.
- Hidratación adecuada.
- Proporcionar ventilación húmeda y temperatura confortable. (29)

CAPÍTULO III:

PROCESO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1. ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital General Machala está ubicado en la parroquia La Providencia ubicada en la Av. Alejandro Castro Benítez y Vía Pajonal en la ciudad de Machala. Pertenece a la Zona 07 Distrital 07D02. El moderno hospital brindará atención en 33 especialidades médicas: Gastroenterología, Medicina Interna, Imagenología, Reumatología, Medicina Familiar, Odontología, Traumatología, Endocrinología, Nefrología, Pediatría, Neonatología, Infectología, Psiquiatría, Urología, Nutrición y Dietética, Ginecología, Neurocirugía, Psicología, Cirugía General, Alergología, Geriátrica, Fisiatría, Dermatología, Neurología, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular, Cardiología, Oftalmología, Neurología, Patología Clínica, Cirugía Plástica, Anestesiología, Neumología.

3.1.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Un caso de Parálisis Cerebral Infantil con Síndrome de Kwashiorkor en un infante de sexo femenino de 1 año y 2 meses de edad.

3.1.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Nuestro proyecto de titulación será un trabajo de investigación cualitativa, el mismo que se sustenta mediante la observación de las manifestaciones clínicas del caso expuesto y detallado como nuestro objetivo de estudio.

3.1.4. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo con un enfoque correlacional entre la enfermedad de base (Parálisis Cerebral Infantil) y las alteraciones que presenta (Desnutrición tipo Kwashiorkor) sustentando con la revisión bibliográfica.

3.1.5. MÉTODO DE ESTUDIO

Método Clínico: Porque el análisis se centra en el estudio de caso de un paciente con una patología específica (Parálisis Cerebral Infantil).

3.1.6. TÉCNICAS A UTILIZAR

Para el trabajo se ha utilizado 1 revisión bibliográfica de estudios internacionales y nacionales de artículos científico, más la revisión documental de la historia clínica de nuestro sujeto de estudio en particular.

3.1.7. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron para nuestra investigación fueron los siguientes:

- Historia Clínica única
- Ficha nemotécnica
- Fuentes bibliográfica de artículos científicos

3.1.8. CATEGORÍAS

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos personales y familiares, examen físico, enfermedad actual, evolución médica, reportes de enfermería, tratamiento, exámenes complementarios y de laboratorio.

3.1.9. ASPECTOS ÉTICO LEGALES:

Principio de confidencialidad: Se resguardará los datos del paciente sin ser revelados.

Principio de No maleficencia: Por ser una fuente secundaria de investigación no aplica este principio.

Principio de Autonomía: No aplica este principio porque no se va a trabajar Directamente con el paciente sino con sus hallazgos clínicos.

Principio de Beneficencia: Este análisis de caso beneficia a una gran parte de la sociedad, al personal que labora en los servicios de salud, como médicos, enfermeras, tanto del primer

3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para el proceso de recolección de datos en este estudio, se realizó de manera ordenada y dinámica, gerencial y administrativo. Para la recopilación de los datos de la Historia clínica se gestionó la respectiva solicitud al Hospital General IESS Machala al Coordinador de Docencia, al Doctor Leonardo Alvarado la cual fue emitida por la Coordinación de la Carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala,

mediante número de oficio N° UTMACH-UACQS-CCEF-2018-0832-OF, el mismo que obtuvo la respectiva aprobación y autorización.

3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Historia clínica

Es un documento legal en el que se documenta información del paciente sobre el proceso y evolución de su enfermedad.

Anamnesis

Parte de la historia en la cual existe la información detallada del paciente para conocer su estado de salud e instaurar un diagnóstico.

Antecedentes personales

Patologías que el paciente posee, además de su estilo de vida.

Antecedentes familiares

Detalla los precedentes patológicos de los familiares del paciente.

Estado Actual

Condición en la llega el paciente, luego de la valoración.

Signos Vitales

Evaluación que realizan los profesionales de enfermería para constatar el estado hemodinámico.

Examen Físico y diagnóstico

Valoración céfalocaudal en la cual se utilizan técnicas como la inspección, palpación, auscultación, percusión.

Exámenes Complementarios

Exámenes que se le realiza al paciente para confirmar o excluir un diagnóstico médico.

Plan de Tratamiento

Acciones orientadas para solucionar la patología del paciente y restablecer su salud.

Cuidados de enfermería

Medidas encaminadas a brindar atención sistemática e individual al usuario.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

4.1.1. DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente de sexo femenino de 1 año 2 meses de edad, nacida en el guabo, en la parroquia barbones

Fecha de ingreso:

23 de diciembre del 2018, área de Emergencia Pediátrica

Antecedentes patológicos personales:

Parálisis Cerebral Infantil, Síndrome de Moebius con colostomía, más presencia de gastrostomía.

Antecedentes patológicos familiares:

Abuela materna diabética, tío materno que padece lupus eritematoso

Motivo de la Consulta: Problemas del tracto respiratorio

4.1.2. REPORTES DE ENFERMERÍA:

23/12/2017 15:00

Paciente de sexo femenino de 1 año 2 meses de edad ingresa a la unidad de Emergencia del Hospital General Machala en compañía de la abuela materna donde refiere presentar tos de moderada intensidad, además epistaxis y deposiciones con estrías de sangre, de 12 horas de evolución.

24/12/2017

Paciente intranquila con piel y mucosas húmedas, secreción amarilla escasa en fosas nasales, abdomen globuloso, suave, depresible, no doloroso, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos normales.

29/12/2017

Paciente en condiciones clínicas de cuidado, presenta malnutrición además de distensión abdominal.

1/01/18

Paciente intranquila, con tos húmeda irritativa, secreciones abundantes, rinorrea, tiraje intercostal, abdomen globuloso, depresible no doloroso a la palpación con presencia de

gastrostomía funcional, ruidos hidroaéreos disminuidos, disminución de la masa muscular, edema de miembros inferiores.

03/01/2018

Recibe controles de genetista, neumología, nutrición, cirugía, otorrinolaringología y gastroenterología.

10/01/2018

Paciente con cuadro respiratorio y digestivo, que evoluciona estable en las últimas 24 horas, tranquila, con abundantes secreciones nasal blanco espumosa, con necesidad de aspiración frecuente, pálida, malnutrida, hidratada, dermatitis del pañal.

15/01/2018

Cuadro clínico respiratorio y digestivo mejora, completa antibiótico terapia, deposición diarreica, tolera oxígeno ambiental, cursa el 8vo día de piperacilina + tazobactam.

4.1.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería según Henderson permite a enfermería desarrollar actividades autónomas, al momento de planificar los cuidados de nuestros pacientes, es necesario ser minucioso en la valoración y entrevista, porque de eso dependerá obtener información para realizar los diagnósticos enfermeros, para ser ejecutados y evaluados posteriormente. (27)

Tomando como referencia lo antes mencionado en nuestro análisis de caso elaboramos diagnósticos enfermeros (Ver en Anexos: [Tabla N° 1](#), [2](#) Y [3](#)) con la taxonomía NANDA, intervenciones de enfermería NIC y resultados NOC considerando las necesidades básicas afectadas que presentaba el individuo de estudio, también realizamos un resumen del caso clínico ([Ver Tabla N° 4](#)), según las categorías que hemos considerado adecuadas para nuestro trabajo de titulación.

V. DISCUSIÓN

Según Vásquez (2017) indica que el Síndrome de Kwashiorkor puede presentarse en cualquier edad, pero es más notoria y grave de 6 a los 36 meses de edad, los cuales después del destete no reciben alimentos de origen animal, al igual que Diez (2017) señala que este tipo de desnutrición afecta a los niños de 12 a 36 meses los cuales reciben una inadecuada lactancia materna mientras que Realpe (2013) en su estudio manifiesta que este síndrome se presenta en menores de 2 años, cuando existe la ablactación temprana, situación que coincide con así con nuestro individuo de estudio, la cual es una infante de 2 años, que no recibió lactancia materna en los primeros meses de edad.

Según los estudios de Vásquez (2017) y Realpe (2013), incluyen desaceleración del crecimiento, disminución de la actividad física y apatía general, pérdida reciente deficiencia nutricionales específicas, hígado graso, edema, diarrea por malabsorción, infecciones frecuentes del tracto digestivo y respiratorio, dermatitis, cambios en el cabello, mientras que Vanegas (2017) en su estudio presenta una clínica semejante como la pérdida progresiva del tejido subcutáneo, el paciente en la cara puede presentar facie lunar, pérdida del pigmento, en los ojos palidez conjuntival, edema palpebral, los dientes el esmalte se ve alterado y presencia de caries, la piel se torna reseca, al comparar con nuestro análisis los resultados coinciden con los autores antes mencionados, a diferencia que no evidencio hígado graso y la dermatitis no fue generalizada ya que se presentó como una pañalitis.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que el Síndrome de Kwashiorkor es un tipo de desnutrición severa que afecta más a los lactantes que han sido destetados antes de tiempo y no han recibido los nutrientes necesarios que le proporciona la leche materna o reciben alimentos escasos en proteínas, vitaminas durante el período de 2 años que es donde más lo necesitan.

Los factores de riesgo para que el paciente desarrolle malnutrición están ligados a la realidad socioeconómica y nivel educativo principalmente, al haber varios niños en el hogar no pueden brindar una buena alimentación para cada uno y debido al desconocimiento les confieren una dieta alta en carbohidratos.

La desnutrición aguda crónica sigue creciendo cada día más en los países subdesarrollados y he aquí la importancia de tomar medidas necesarias para contrarrestarlo, llegando a considerarse como un problema de salud pública.

Mediante el análisis exhaustivo de la historia clínica se identificó que el tratamiento terapéutico y cuidados de enfermería brindados fueron los acertados restableciendo paulatinamente la salud de la menor.

Los planes de cuidado de enfermería de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente y el proceso de atención del enfermero consiguen la pronta recuperación del individuo resultando en que no se prolongue la estancia hospitalaria.

VII. RECOMENDACIONES

Educar acerca de la Lactancia materna exclusiva y la complementaria. La intervención en la educación a las madres sobre los aportes nutricionales que sus hijos deben recibir en las primeras etapas de sus vidas y el incentivo sobre la lactancia materna es primordial durante el periodo de embarazo.

Ya que la prevención es la mejor solución, los controles a los menores de un año deben ser mensuales y luego deben ser cada 3 meses hasta que cumplan los 2 años. En los lugares de mayor frecuencia de esta patología planificar visitas domiciliarias para concienciar a la población sobre planificación familiar, alimentación adecuada y balanceada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Taboada L, Quintero K, Casamajor M, González K. Revista Peruana de Epidemiología. [Online].; 2013. Acceso 5 de 01 de 2019. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v17_n2/pdf/a06v17n2.pdf.
- 2 Calazada C. Medigraphic. [Online].; 2014. Acceso 2019 de 01 de 14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatrica/op-2014/op141b.pdf>.
- 3 Castillo D, Perez O, Velazquez A. Revista Electronica Dr. E.Zoilo Marinello Vidarrueta. [Online].; 2014. Acceso 2019 de 01 de 14. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kiQnBenRvtYJ:revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/287/473+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-b>.
- 4 Gómez-López S, Jaimes VH, Palencia Gutiérrez CM, Hernández M, Guerrero A. Redalyc. [Online].; 2013.. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367937046008.pdf>.
- 5 Bacco J, Araya F, Flores E, Peña N. Revista Médica Clínica Las Condes. [Online].; 2014.. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700446/>.
- 6 Realpe A. revgastrohup. [Online].; 2013. Acceso 15 de 12 de 2018. Disponible en: <http://revgastrohup.univalle.edu.co/a13v15n1/a13v15n1art3.pdf>.
- 7 Vásquez E, Romero E. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. [Online]. México: Manual Moderno; 2017.. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=700-DgAAQBAJ&pg=PT1243&dq=desnutricion+tipo+kawashiorkor+historia+natural+de+la+enfermedad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiv2r73ouvfAhVEi1kKHVyeCagQ6AEILTAB#v=onepage&q=desnutricion%20tipo%20kawashiorkor%20historia%20natural%20>.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe. [Online].; 2017.. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.

9 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2018..
. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GACETA-DESNUTRICI%C3%93N-SE-35_2018.pdf.

1 Thomas H. Unicef. [Online].; 2013. Acceso 13 de 01 de 2019. Disponible en:
0 https://www.unicef.org/spanish/infobycountry/car_70319.html.

1 Baute N, Catañeda V. Scielo. [Online].; 2014. Acceso 2018 de 12 de 13. Disponible
1 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014001000010&script=sci_abstract.

1 Lafuente K, Rodríguez S, Fontaine K, Yañez R. Scielo. [Online].; 2016. Acceso 10 de
201 de 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662016000100006&script=sci_arttext.

1 Rivera J, al e. scielo. [Online].; 2013. Acceso 11 de 01 de 2019. Disponible en:
3 <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a13.pdf>.

1 Arrunátegui V. Scielo. [Online].; 2016. Acceso 12 de 01 de 2019. Disponible en:
4 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200007.

1 Echagüe G. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [Online].; 2016. Acceso 12 de 11 de
5 2018. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n2/v14n2a60.pdf>.

1 Alvarez J. Nutrición Hospitalaria. [Online].; 2013. Acceso 14 de 01 de 2019.
6 Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3092/309228933008/>.

1 Diez A. Nutrición. [Online].; 2017. Acceso 14 de 01 de 2019. Disponible en:
7 [http://www.nutricion.org/img/files/Desnutricion%20infantil\(1\).pdf](http://www.nutricion.org/img/files/Desnutricion%20infantil(1).pdf).

1 Hurtado G. Medicina Interna de México. [Online].; 2013. Acceso 10 de 01 de 2019.
8 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim132k.pdf>.

1 Villalpando S, Romero B, Jaramillo J, Moreno S, Castillo D, Escobar. M. Scielo.
9 [Online].; 2014.. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000600009.

2 Porcar J. Noticias de enfermería. [Online].; 2013. Acceso 2019 de 01 de 14. Disponible
0 en: <https://www.ocez.net/archivos/revista/107-94.pdf>.

2 Vanegas G, Rodriguez M, Estupiñan S. Ministerio de Salud y Protección Social.
1 [Online].; 2016. Acceso 13 de 01 de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unesco-final.pdf>.

2 Rodríguez P, Alfredo L. Academia Mexicana de Cirugía. [Online].; 2013. Acceso 16
2 de 01 de 2019. Disponible en: <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicina-deexcelencia/10%20Desnutrici%C3%B3n%20y%20obesidad%20en%20pediatr%C3%ADa-Interiores.pdf?fbclid=IwAR1zZnt-qfG3Wo2EyR17MffPN3UB014xYEIPfKYjASdLBeczf0edd1yEVdg#page=123>.

2 Riquelme J, Linares J, Mericq V. Revista Venezolana de Endocrinología y
3 Metabolismo. [Online].; 2015. Acceso 13 de 01 de 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375542244002.pdf>.

2 Uzma F, Safdar M, MA T, Saba S, Ahmad M. Pakistan Journal of Nutrition. [Online].;
4 2013. Acceso 11 de 01 de 2019. Disponible en: <https://scialert.net/fulltextmobile/?doi=pjn.2013.334.339>.

2 Coulthard M. Pediatría y salud infantil internacional. [Online].; 2015.. Disponible en:
5 <https://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462841/&prev=search>.

2 Bellido JyLJ. ILUSTRE COLEGIO DE ENFERMERIA DE JAEN. [Online].; 2010..
6 Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.

.
2 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Educación
7 Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Revista Salud Publica de
. Paraguay. [Online].; 2013. Acceso 10 de 01 de 2019. Disponible en:
<http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>.

2 Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 8th ed. DRK , editor. Barcelona,
8 España: ELSEVIER; 2015.

.
2 Martínez M, Pérez MyMP. Scielo. [Online].; 2014.. Disponible en:
9 [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-
. 70632014000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100006).

ANEXOS

Tabla N°1: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Dominio 2:</p> <p>Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p> <p>Desequilibrio nutricional</p> <p>ingesta inferior a las necesidades</p> <p>00002 r/c</p> <p>absorción reducida de nutrientes, m/p</p> <p>Déficit de peso y talla para su edad.</p>	<p>La paciente iniciará la recuperación nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con nutrición sobre el manejo nutricional. • Vigilar la ingesta de la dieta indicada, ver tolerancia. • Registrar la ingesta. • Enseñar a la madre la preparación de la fórmula, teniendo en cuenta las medidas de higiene. • Educación a la madre sobre la importancia de la alimentación, y que alimentos puede dar a su niña. 	<p>La familia se concientizará sobre la importancia del autocuidado y la prevención, para la conservación de su propia salud y la de sus hijos.</p>

Tabla Nª 2: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Dominio 4:</p> <p>Actividad/Reposo Clase 4: Respuestas cardiovascular / pulmonar Patrón respiratorio ineficaz (000032) r/c infección respiratoria e/p disnea.</p>	<p>Mantener vías respiratorias permeables</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede. ● Colocación de oxígeno por cánula nasal. ● Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios ● Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ● Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. ● Anotar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran. ● Administración de medicamentos prescritos ● Medidas de Higiene y Confort. 	<p>Paciente luego de implantar cuidados de enfermería se logra observar que disminuye su esfuerzo respiratorio.</p>

Tabla N°3: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>Dominio 3:</p> <p>Eliminación</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p> <p>Diarrea 00013 r/c invasión microbiana e/p deposiciones semilíquidas con presencia de sangre y moco, en número de 4 a 5 por día, distensión abdominal y vómitos.</p>	<p>Evitar complicaciones: sepsis que es uno de los problemas clínicos asociados a la diarrea con sangre, inmediatamente al inicio del cuidado integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación in mediata de antibioticoterapia Indicada. • Medidas de asepsia para evitar las infecciones cruzadas. • Valorar características de las deposiciones. • Educación a la madre sobre medidas de higiene, al alimentar a la niña y al cambio de pañales, ya que la diarrea infecciosa es una enfermedad de transmisión fecal-oral. • Registro de las intervenciones. 	<p>La niña superó los episodios de diarrea sin complicaciones sépticas.</p>

Tabla N°4 RESUMEN DEL CASO CLINICO SEGÚN SUS CATEGORIAS.

CATEGORIAS DE ANALISIS	EVOLUCION DEL PACIENTE				
	23/12/2017	29/12/2017	01/01/2018	10/01/2018	15/01/2018
Datos de identificación	Sexo: Femenino Edad: 1 año 2 meses				
Anamnesis	Familiar quien refiere presentar tos de moderada intensidad con sangre, además epistaxis y deposiciones con estrías de sangre, de 12 horas de evolución	Paciente en condiciones clínicas de cuidado, presenta malnutrición además de distensión abdominal.	Paciente intranquila, con tos mas rinorrea, tiraje intercostal, abdomen globuloso depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos, masa muscular disminuida, edema de miembros inferiores.	Paciente estable, tranquila, con abundantes secreciones nasal blanco espumosa, con necesidad de aspiración frecuente, pálida, malnutrida, hidratada, dermatitis del pañal.	Cuadro clínico respiratorio y digestivo mejora, completa antibiótico terapia, deposición diarreica, tolera oxígeno ambiental, cursa el 8vo día de piperacilina + tazobactam.
A P Personales	Parálisis Cerebral Infantil, Síndrome de Moebius, colostomía, más presencia de gastrostomía.				
A P Familiares	Abuela materna diabética, tío materno que padece lupus eritematoso				
Estado actual	Paciente ingresa con problemas del tracto respiratorio y muestra apatía.	Paciente con bajo peso permanece estable con fuerza y tono muscular débil.	Paciente se le re canaliza vía venosa se le administra TTO indicado	Paciente con mucosas orales humectadas presenta tos esporádica se le realiza sus terres	Paciente afebril tolerando oxígeno ambiente, se alimenta por gastrostomía

Signos y síntomas	Temperatura: 36,8T° Respiración: 30x m Pulso: 140x m Sat.Oxì:95% Tos, epistaxis, deposiciones con estrías de sangre	Temperatura: 37,1T° Respiración: 32x m Pulso: 131x m Sat.Oxì:98% Malnutrición, distensión abdominal	Temperatura: 36,5T° Respiración: 24x m Pulso: 114xm Sat.Oxì:98% Tos, rinorrea, abdomen distendido, edema en miembros inferiores.	Temperatura: 36,4T° Respiración: 28xm Pulso: 139xm Sat.Oxì:98% Rinorrea, malnutrida, dermatitis.	Temperatura: 36,9T° Respiración: 24x min Pulso: 139x min Sat.Oxígeno:97% Deposición diarreica, signos de mejoría de su cuadro respiratorio.
Examen físico y diagnóstico	Neumonía, Organismo no Especificado	Neumonía+ Desnutrición Proteico calórica de Grado Moderado +Anemias	Neumonía + Síndrome de Kwashiorkor+ Anemia	Neumonía + Síndrome de Kwashiorkor+ Anemia	Bronconeumonía + Síndrome de Kwashiorkor+ Anemia
Exámenes complementarios	PCR: (++) WBC: 15.70 HGB: 12.1 HCT: 37.5	PCR: NEG GB:15.70 HGB.: 11.3 HC: 33.7 ALBU: 2.5	No tenemos datos en esta fecha	PCR: NEG GB: 6.90 HGB: 9.5 HCT.: 29.7 PLT: 413	No tenemos datos en esta fecha
Plan de tratamiento	Mantener vías respiratorias permeables	La paciente iniciará la recuperación nutricional	Evitar complicaciones como la sepsis asociada a la diarrea con sangre.	Mantener intercambio gaseoso, cuidados de su piel y mejorar su estado nutricional	Administrar antibióticos evitando crear una resistencia a los medicamento.
Cuidados de Enfermería	Control de signos vitales Posicion semifowler Administrar medicación prescrita, analgesia, antibiótico terapia, antipiréticos, suplementos alimenticios. Aspirar las secreciones cuando sea necesario. Realizar nebulización y colocar oxígeno a 2 litros por minuto por bigotera nasal Se da información a familiar sobre estado de paciente y de la medicación que se va administrar				