

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UN PACIENTE LACTANTE MAYOR
DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO,
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO, 2017.**

**TRABAJO ACADEMICO
PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA
EN CUIDADOS NEFROLOGICOS**

**PRESENTADO POR:
LIC. VILLANUEVA SIGUAS KAREM ROCIO**

**ASESORA:
MG. ANA MARIA AMANCIO CASTRO**

**Lima, Perú
2017**

DEDICATORIA

A mis padres, por haberme apoyado en todo momento; por sus consejos, su ejemplo de perseverancia, sus valores, y motivación constante.

A mis hijos, Jordie y Nicole, quienes son mi inspiración para ser mejor cada día, los amo.

Karem

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi colega, Lic. Inés Flores Salvador por permitirme el acceso al paciente y poder realizar la recolección de datos.

- ❖ A los padres del paciente A.Y.Q, por brindarme la facilidad y el apoyo correspondiente para realización del presente estudio de caso clínico.

- ❖ A la Mg. Ana Amancio por su asesoría y aportes para el enriquecimiento del informe final.

- ❖ A los miembros del Jurado, por sus aportes para la mejora del ejemplar final del caso clínico.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I	9
Presentación del Caso Clínico	9
CAPITULO II	17
Bases Teóricas	17
CAPITULO III	32
Proceso de Atención de Enfermería	32
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	45

RESUMEN

El Síndrome Urémico Hemolítico es un síndrome común en niños y constituye la principal causa de insuficiencia renal aguda y la segunda causa de insuficiencia renal crónica y de trasplante renal en la infancia, la cual se presenta después de una infección gastrointestinal (entérica) causada usualmente por una cepa específica de la bacteria *Escherichia Coli*. Este síndrome se encuentra caracterizado por presentación aguda de daño renal, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, que puede afectar otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, páncreas, corazón e hígado, frecuentemente. El contagio al hombre frecuentemente se debe al consumo de alimentos cárnicos y lácteos contaminados y deficientemente cocidos o sin pasteurizar, al consumo de agua, de frutas o verduras contaminadas o mediante el contacto interhumano. La realización del proceso enfermero es emplear un método sistematizado para brindar cuidados holísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. El uso del proceso enfermero complementa el trabajo de los profesionales de otras disciplinas, centrándose el presente caso clínico según la Taxonomía II NANDA NIC Y NOC: Dominios y Clases, es decir, en cómo responden el lactante y la familia al problema médico que presenta: Síndrome Urémico Hemolítico, los planes terapéuticos y los cambios en las actividades de la vida diaria. Esto requiere una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes.

PALABRA CLAVE: Síndrome, lactante, proceso.

ABSTRACT

Hemolytic Uremic Syndrome is a common syndrome in children and is the main cause of acute renal failure and the second cause of chronic renal failure and renal transplantation in childhood, which occurs after a gastrointestinal (enteric) infection usually caused by a specific strain of the bacterium *Escherichia coli*. This syndrome is characterized by an acute presentation of renal damage, microangiopathic hemolytic anemia and thrombocytopenia, which can affect other parenchyma, such as intestine, central nervous system, pancreas, heart and liver, frequently. Contagion to humans is often due to the consumption of contaminated and poorly cooked or unpasteurized meat and dairy foods, the consumption of water, contaminated fruits or vegetables or through interhuman contact. The realization of the nursing process is to employ a systematized method to provide holistic care focused on the achievement of objectives efficiently. The use of the nursing process complements the work of professionals from other disciplines, focusing the present clinical case according to Taxonomy II Nanda Nic and Noc: Domains and Classes, that is, how the infant and the family respond to the medical problem presented: Hemolytic Uremic Syndrome, therapeutic plans and changes in activities of daily living. This requires a combination of knowledge, skills and attitudes.

KEY WORD: Syndrome, older infant, process

INTRODUCCION

El Síndrome Urémico Hemolítico es un cuadro caracterizado por la combinación de insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con sangre o sin ella, principalmente en lactantes y niños en la primera infancia. Fue descrito por primera vez por V. Passer en Suiza, en 1955. Posteriormente se detectaron casos en países de Europa, América del Norte, Sudamérica, Sudáfrica, Australia, India y Japón (Barslund, 2013).

Se reconocen múltiples agentes etiológicos de síndrome urémico hemolítico, aunque se considera a la infección por *Escherichia coli* Enterohemorrágica como la principal etiología. La gran mayoría de los brotes epidémicos y casos esporádicos en humanos se han asociado con el serotipo O157:H7 (Ramirez, 2017).

El síndrome urémico hemolítico constituye la principal causa de insuficiencia renal aguda y la segunda causa de insuficiencia renal crónica y de trasplante renal en la infancia. El contagio al hombre frecuentemente se debe al consumo de alimentos cárneos y lácteos contaminados y deficientemente cocidos o sin pasteurizar, al consumo de agua, de frutas o verduras contaminadas o mediante el contacto interhumano (Nefrología, 2009).

El proceso enfermero es el método sistematizado de brindar cuidados holísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. El uso del proceso enfermero complementa el trabajo de los profesionales de otras disciplinas, centrándose en el presente caso clínico según la Taxonomía II Nanda Nic y Noc: Dominios y Clases, es decir, en cómo responden el lactante y la familia al problema médico que presenta: Síndrome Urémico Hemolítico, los planes terapéuticos y los cambios en las actividades de la

vida diaria. Esto requiere una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes.

El presente trabajo académico consta de 3 capítulos: en el Capítulo I se hará la presentación del caso clínico, en el Capítulo II se describirá la base teórica y para finalizar en el Capítulo III se aplicará el Proceso de Atención de Enfermería de un paciente lactante mayor diagnosticado con Síndrome Urémico Hemolítico del Instituto Nacional de Salud del Niño.

CAPITULO I

PRESENTACION DE CASO CLINICO

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: A. Y. Q.

Fecha de nacimiento: 08/09/2015

Sexo: Masculino

Edad: 1 año 7 meses

Fecha de ingreso por Emergencia: 23/ 03/ 2017

Fecha de ingreso a UCI: 23/ 03/ 2017

Fecha de ingreso al servicio de Nefrología: 27/03/2017

N° de HC: 1548208

Procedencia: Chorrillos

2. ANAMNESIS

Madre refiere que la enfermedad de su hijo se inició presentando vómitos lácteos en reiteradas oportunidades acompañados de deposiciones líquidas durante 4 días recibiendo para lo cual el siguiente tratamiento: Furazolidona suspensión: 2.5ml cada 6 horas. Al tercer día de tratamiento madre no observa mejoría en su hijo por lo que decide llevarlo nuevamente al Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, realizándole análisis de sangre y orina evidenciando como resultados: proteinuria, hematuria, anemia y plaquetopenia, razones por las cuales es referido al Hospital María Auxiliadora, donde estuvo internado 5 días evolucionando desfavorablemente para finalmente ser derivado al Instituto Nacional de Salud del Niño.

Paciente varón de 1 año 6 meses ingresa al servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, procedente del Hospital María Auxiliadora, por presentar intolerancia oral, diuresis disminuida, anemia severa, edema parpebral y creatinina elevada.

Es evaluado por la especialidad concluyendo que presenta el diagnóstico médico: Síndrome Urémico Hemolítico y siendo trasladado al Servicio de Cuidados Intensivos donde permaneció 3 días en diálisis peritoneal.

3. ANTECEDENTES

3.1. Generales:

- Vivienda: material noble
- Servicios básicos: Luz (x) Agua (x) Desagüe (x)

3.2. Fisiológico:

- Nacido: parto distócico
- Peso al nacer: 3.400 gr
- Llanto al nacer: SI
- 40 semanas de nacido
- Sin complicaciones
- Desarrollo psicomotor: Normal

3.3. Patológico:

- Niega hospitalizaciones previas
- Niega intervenciones quirúrgicas previas
- Niega alergia a medicamentos
- Niega transfusiones previas
- Niega contacto con TB

3.4. Familiares:

- Padre: 32 años
- Madre: 32 años
- Hermanos: 13 años, 6 años; aparentemente sanos.

4. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Síndrome Urémico Hemolítico
- Hipertensión Arterial secundaria

5. EXPLORACIÓN FÍSICA

5.1. Examen físico:

- Peso: 11.580 gr
- Talla: 82 cm
- IMC: 17.22 (Delgadez aceptable)

5.2. Funciones Vitales:

- PA: 110/80 mmHg
- FC: 120 lpm
- FR: 26 rpm
- Tº: 36,0 °C (axilar)
- SatO₂: 98%; FiO₂: 21%

5.3. Ectoscopia: despierto, decúbito dorsal, ventilando espontáneamente.

5.4. Piel: palidez +/+++; tibia; llenado capilar < 2'

5.5. TCSC: Edema bpalpebral +/+++ y en miembros inferiores +/+++.

5.6. Linfáticos: no adenopáticos.

5.7. Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, pulsos periféricos presentes de características normales, no soplos.

5.8. Aparato respiratorio: Murmullo vesicular de buen pasaje en ambos campos pulmonares

5.9. Abdomen: portador de catéter Tenckhoff para diálisis peritoneal, blando y depresible, RHA (+).

5.10. Osteomuscular: moviliza extremidades

5.11. Genitourinario: normal

5.12. Neurológico: despierto, activo, pupilas isocóricas
fotorreactivas

- Análisis de laboratorio:

Hemograma/ Electrolitos/	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
Hematocrito	36%	32%- 42%
Hemoglobina	12.6 gr/dl	11.2- 12.5 gr/dl
Plaquetas	322 000 mm ³	150000- 350 000mm ³
Leucocitos	14 000 mm ³	10 000- 20 000mm ³
Úrea	115 mg/dl	10- 50 mg/dl
Creatinina	3.23 mg/dl	0.4- 0.7 mg/dl
Fosforo	7.3 mg/dl	3- 4.5 mg/dl
Calcio	2.1 mg/dl	2.2- 2.6 mg/dl
Sodio	147 mMol/L	135- 145 mMol/L
Potasio	6.1 mMol/L	3.5- 5 mMol/L
Albúmina	3.3 gr/dl	3.5- 5.5 gr/dl

- Terapéutica actual:
 - Dieta completa + lactancia materna a libre demanda + líquidos a voluntad
 - Hierro polimaltosado 10 gotas vía oral c/24 horas

ORGANIZACIÓN DE DATOS POR DOMINIOS

DOMINIOS	TIPOS DE DATOS
<p>DOMINIO 1:</p> <p>Promoción de la Salud</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable. <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel pálida. - Disminución del apetito. - En regular estado de higiene bucal y corporal.
<p>DOMINIO 2:</p> <p>Nutrición</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el niño - Madre refiere: "Mi hijo no tiene mucho apetito". <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe una dieta completa + lactancia materna a libre demanda. - Paciente en diálisis peritoneal. - Peso: 11.580 kg - Talla: 82cm - Imc: 17. 22 (Delgadez aceptable) - Hemoglobina: 12.6 g/dl - Albúmina: 3.3 g/dl - Sodio: 147 mMol/L - Potasio: 6.1 mMol/L
<p>DOMINIO 3:</p> <p>Eliminación</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable

	<p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente en diálisis peritoneal. - Presenta oliguria. - Edema biparpebral +/++ - Edema en miembros inferiores +/++ - Albumina: 3.3 g/dl - Sodio: 147 mMol/L - Potasio: 6.1 mMol/L
<p>DOMINIO 4:</p> <p>Actividad/ Reposo</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. - Madre refiere: “Mi hijo no puede dormir por las noches, se despierta y llora”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lloroso. - Fastidiado. - Dependiente del personal de enfermería y de su madre para realizar actividades cotidianas: baño, alimentación, vestido. - Presenta edema biparpebral +/++ - Presenta edema en miembros inferiores +/++
<p>DOMINIO 5:</p> <p>Percepción/ Cognición</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de conciencia: Glasgow 15 puntos. - Lenguaje de acuerdo a su edad.
<p>DOMINIO 6:</p> <p>Autopercepción</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente.

	<p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es dependiente para el cuidado personal: Baño, vestimenta
<p>DOMINIO 7:</p> <p>Rol/ Relaciones</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. - Madre refiere: “Nosotros vivimos en la casa con mi esposo y sus hermanos, nos llevamos bien”. Asimismo refiere: “Estamos preocupados por la salud de nuestro hijo e incluso he tenido que pedir permiso en mi trabajo para quedarme aquí”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente se relaciona de manera afectiva con el personal de enfermería y su madre. - Se le observa ansiosa, preocupada.
<p>DOMINIO 8:</p> <p>Sexualidad</p>	<p>No evaluable.</p>
<p>DOMINIO 9:</p> <p>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irritable. - Lloroso.
<p>DOMINIO 10:</p> <p>Principios vitales</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente.

	<p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Religión: Católica.
<p>DOMINIO 11:</p> <p>Seguridad/ Protección</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel pálida, tibia. - Presenta edema biparpebral +/++ y edema en miembros inferiores +/++ - Vías áreas permeables. - Presenta vía periférica salinizada en miembro superior derecho. - Presencia de catéter Tenckhoff sin evidenciar signos de flogosis.
<p>DOMINIO 12:</p> <p>Confort</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No refiere dolor. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la palpación no presenta dolor.
<p>DOMINIO 13:</p> <p>Crecimiento y desarrollo</p>	<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso: 11.580 Kg - Talla: 82cm - IMC: 17.22 (Delgadez aceptable) - P/E: Normal - T/E: Normal - P/T: Normal - Desarrollo psicomotor: Normal.

CAPÍTULO II

BASE TEÓRICA

2.1. SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anátomo-patológica caracterizada por presentación aguda de daño renal, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, que puede afectar otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, páncreas, corazón e hígado. (Monteverde, 2014)

2.1.1. INCIDENCIA

Este síndrome es más común en los niños y se presenta frecuentemente después de una infección gastrointestinal (entérica), usualmente causada por una cepa específica de la bacteria *Escherichia coli* misma que genera una toxina llamada toxina shiga, la cual inhibe la síntesis proteica, liberando el factor Von Willebrand, generando trombosis y destrucción eritrocitaria (*Escherichia coli* O157:H7).

También se ha asociado a otras infecciones entéricas, incluyendo las causadas por *Shigella* y *Salmonella* y algunas infecciones no entéricas.

Más raramente tiene otras causas, como en las formas hereditarias, el déficit de complemento, ciertos fármacos como la ciclosporina, el lupus eritematoso sistémico, la nefritis por radiación y algunos tumores malignos.

Este síndrome es la primera causa de insuficiencia renal aguda en niños menores de cinco años. Puede causar la muerte o dejar secuelas para toda la vida como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y alteraciones neurológicas.

Existen en Argentina alrededor de 400 nuevos casos por año, constituyendo el país de mayor incidencia en cantidad de casos por habitante en el mundo. En la etapa aguda la mortalidad es de 2-4% de los niños afectados. (Cordova, 2007)

2.1.2. FISIOPATOLOGÍA

Las bacterias proliferan en la luz del colon del huésped y no invaden la mucosa, pero producen exotoxinas que ingresan al medio interno, se ligan a receptores en las células endoteliales, renales o neurales, son incorporadas a las mismas y ejercen su efecto patogénico a nivel del ribosoma eucariota. En los vasos sanguíneos se produce ulceración endotelial, con depósito de fibrina, las plaquetas se activan y adhieren a dicho sitio, generando trombosis y alteración de la función del órgano blanco. Principalmente, se afectan intestino, riñón y sistema nervioso central. Se observa caída del filtrado glomerular debido a la microtrombosis, llevando a la retención de urea, creatinina, ácido úrico y fosfatos. Debido al consumo de plaquetas se produce trombocitopenia, con aparición de hemorragias espontáneas. La interacción endotelial-plaquetaria y el reclutamiento de leucocitos polimorfonucleares agrava aún más el daño endotelial. Se produce anemia hemolítica debido a la destrucción de los glóbulos rojos en la sangre al circular por los vasos sanguíneos dañados.

2.1.3. ETIOLOGIA

2.1.3.1. Idiopática: De aparición espontánea o de causa desconocida.

2.1.3.2. Debido a:

a- Causas infecciosas:

- Asociado con diarrea (*Escherichia coli* O157:H7).
- Asociado a *Shigella dysenteriae* tipo 1.
- Asociado con neuraminidasa (*Streptococcus pneumoniae*).

- Asociado con otras infecciones circunstanciales (Salmonella Typhi, Compylobacter fetus jejuni, Yersinia pseudotuberculosis, Bacteroides, Virus Portillo, Cocksackie, Influenza, Epstein Barr, Rotavirus, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Microtatobiotos).

b- Causas no infecciosas (esporádico):

- Familiar (herencia autosómica recesiva y formas dominantes).
- Tumores.
- Drogas (contraceptivos orales, ciclosporina A, mitomicina C, FK 506, OKT3, metronidazol, penicilina, cisplatino, daunorubicina, arabinósido de citosina, deoxycoformicina, ticlopidina, quinina).
- Embarazo.
- Enfermedades sistémicas.
- Trasplantes (médula ósea, riñón).
- Glomerulonefritis.
- Formas recurrentes esporádicas autosómica recesiva o dominante.

Además de las causas de síndrome urémico hemolítico descritas, se reportan otras como la infección por Entamoeba histolítica y a la administración de algunas vacunas como la triple bacteriana (vacuna DPT) y antipoliomielitis, sarampión, rubéola y parotiditis. También, se ha descrito una variedad de este síndrome consecuentes con errores congénitos del metabolismo de la cianocobalamina y a la inhalación de crack- cocaína dado la vasoconstricción que produce esta sustancia junto al daño endotelial que establece y a sus efectos procuagulantes. Se considera a la infección por Escherichia coli Enterohemorrágica (ECEH) como la principal etiología de SUH. Esto se debe a que regiones endoepidémicas se aísla con mayor frecuencia la Escherichia coli O157:H7 que es una enterobacteria que no fermenta el sorbitol y es productora de verocitotoxina o toxinas parecidas a la toxina Shiga. El síndrome urémico hemolítico inducido por neumococo es una entidad rara, habiendo sido descritos hasta la fecha aproximadamente 22 casos a nivel mundial,

de los cuales 4 han sido asociados a meningitis y los restantes a neumonía. (Barslund, 2013)

2.1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la infancia típicamente es precedido por un cuadro de dolor abdominal y diarrea acuosa y/o sanguinolenta con un promedio de 6 días de evolución previos al diagnóstico. Pueden asociarse vómitos y fiebre.

Posteriormente, el paciente se vuelve más irritable, presenta palidez, petequias y púrpuras. Evoluciona a la oliguria o anuria y, si fuera tratado con exceso de líquidos, puede presentar un cuadro de sobrecarga hídrica acompañado de edema, aumento de peso, hipertensión y congestión pulmonar. Las manifestaciones neurológicas incluyen convulsiones, ataxia, letargia y coma. El aparato gastrointestinal puede sufrir infartos, intususcepción, perforación, prolapso rectal, apendicitis o hepatomegalia. La triada clínica fundamental del síndrome urémico hemolítico consiste en insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia (Tood, 2016).

2.1.5. TRATAMIENTO

No se deben utilizar agentes que inhiban la motilidad intestinal ya que prolongan la duración de la diarrea. Los antibióticos en general no son útiles para el tratamiento y aumentan la gravedad del cuadro. (Barslund, 2013)

Tiene criterio de Internación todo paciente con sospecha de síndrome urémico hemolítico, típico (con pródromo gastrointestinal) o atípico.

- **Aporte hídrico:**

Valorar al ingreso el estado de hidratación del paciente afectado. Examen Físico y Control de Signos Vitales: Peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Desde el punto de vista clínico, se diagnostica un déficit \geq al 5% cuando el niño presenta al menos uno de los siguientes: mucosa oral seca, ausencia de lágrimas, ojos hundidos, disminución de la turgencia de la piel, y disminución de la perfusión capilar periférica (relleno capilar $>$ 2 seg)

El objetivo es evitar la restricción prematura de líquidos, teniendo en cuenta que un aumento en el peso no necesariamente es sinónimo de sobrecarga de volumen intravascular. El edema por hipoalbuminemia y también por aumento de la permeabilidad vascular también puede ocurrir. Se debe indicar restricción hídrica ante la presencia de hipertensión arterial o sobrecarga de volumen. (García Chervo, 2016)

- **Manejo de electrolitos:**

Son frecuentes la hiponatremia, la hiperkalemia, la hiperfosfatemia y la acidosis metabólica. Su tratamiento es similar al indicado en otras causas de injuria renal aguda.

Hiperkalemia: potasio sérico igual o mayor a 5,5 mEq/l, se administra: resinas de intercambio con calcio preferentemente, a 1 g/kg/dosis, disminuyendo el potasio 1 mEq/l, con cada dosis. Pueden repetirse las dosis con intervalos de 4 a 6 horas. En situaciones poco frecuentes con K⁺ sérico elevado y alteraciones electrocardiográficas, se administra gluconato de calcio al 10% a 1 ml/kg, por infusión lenta y control de la frecuencia cardíaca, o glucosa insulina 1U de insulina corriente por cada 3 g de glucosa infundida (aporte de glucosa 0,5 g/kg/dosis). (Monteverde, 2014)

Hiperuricemia: se administra alopurinol 5 mg//kg/día por vía oral, cada 12 horas ajustado según la depuración de creatinina 10-50 ml/min para el ajuste de toda medicación que tenga excreción renal que el niño necesite.

Hipocalcemia: como en toda insuficiencia renal aguda, es frecuente observar en el síndrome urémico hemolítico descenso de los valores del Ca^{++} sérico; generalmente, el niño no tiene síntomas ni signos relacionados con hipocalcemia, por lo cual no requiere corrección. Es importante tener en cuenta que el Ca^{++} está unido a albúmina, por lo que una disminución de la albúmina sérica modifica la concentración de calcio que se está determinando. Por esto, debe realizarse la siguiente corrección: por cada gramo de albúmina por debajo de 4, se debe sumar 0,8 al calcio sérico total. (Monteverde, 2014)

- **Manejo de la acidosis:**

Resulta de una inadecuada excreción de iones hidrógeno y amonio, y también de un aumento en su producción debido a comorbilidades acompañantes como el shock y/o la hipoperfusión tisular. El aumento de la frecuencia respiratoria provee cierta corrección de la acidosis. En acidosis, el principal buffer es el compartimiento intracelular. El aporte de bicarbonato de sodio puede aumentar el volumen intravascular, disminuir el calcio iónico, con mayor probabilidad de tetania y convulsiones por hipocalcemia, y aumentar la natremia y la osmolaridad plasmática. La acidosis metabólica, con hipervolemia y/o hipernatremia son indicaciones de diálisis. (García Chervo, 2016)

- **Corrección de la anemia:**

Se debe corregir la anemia sintomática ($\text{Hb} < 7\text{g/dl}$) con glóbulos rojos filtrados a fin de evitar sobrecarga de volumen, a 15 ml/kg, o a 7.5 ml/kg según lo permita la hemodinamia del paciente. Si el paciente requiriese diálisis, indicar la transfusión durante la diálisis para minimizar riesgo de hipervolemia e hiperkalemia. (Ramírez, 2017)

- **Trombocitopenia:**

La transfusión de plaquetas como medida profiláctica no está indicada, dada la fisiopatología de la plaquetopenia. Se indica infusión de plaquetas en el paciente con plaquetopenia que requiera un procedimiento invasivo ($\leq 40.000/\text{mm}^3$). Es posible que la adición de plaquetas en la microcirculación pueda exacerbar la formación de micro trombos y empeorar la enfermedad. La indicación de infusión de plaquetas en niños no es frecuente en la práctica diaria. (Apresuh, 2016)

- **Nutrición:**

Los niños con síndrome urémico hemolítico e injuria renal aguda presentan aumento de su catabolismo, con mayor riesgo de desnutrición. En lactantes, la meta calórica no debe ser menor a 120 cal/kg, y 1300 a 1600 cal/ día en niños mayores, administrando un aporte proteico no menor de las recomendaciones dietéticas para edad con por lo menos el 70% del mismo. Restringir también el aporte de sodio, potasio y fósforo. Utilizar de preferencia la vía oral, de ser necesario por sonda nasogástrica (SNG). La leche maternizada enriquecida es una alternativa a considerar. Evitar restricción de la ingesta proteica con el objeto de prevenir o retrasar el inicio de la diálisis. (Nutrición para vos, 2017)

- **Manejo de la hipertensión arterial:**

En general, es secundaria a hipervolemia, si el niño está en tratamiento dialítico, la disminución de sodio corporal y la ultrafiltración con pérdida de agua, permite el manejo de la hipertensión arterial sin medicación. Si no está en diálisis, se administra siempre bloqueantes de calcio a 0,25-0,50 mg/kg/dosis, vía oral, cada 12 h; dosis máxima de 20 mg/día. (Fernández-Brando, 2011)

- **Diálisis Peritoneal:**

Es la terapia más utilizada en el tratamiento del paciente con síndrome urémico hemolítico y fallo renal “aislado”, sin compromiso de otros órganos o sistemas. Sus indicaciones son:

- Alteración del sensorio, independientemente de la concentración de urea y/o creatinina en sangre.
- Sobrecarga de volumen con manifestaciones clínicas: Edema agudo de pulmón y/o Insuficiencia Cardíaca y/o hipertensión arterial severa que no responden al tratamiento médico.
- Anomalías hidroelectrolíticas: hiperkalemia (considerar diálisis con $K > 7$ mEq/L)- hipo/ hipernatremia, y acidosis refractarias.
- Necesidad de aporte nutricional en un niño con oligoanuria.
- Aumento progresivo de los niveles de urea ($>160-200$ mg/dl) en una situación en que la recuperación de la función renal no es esperable. Los lactantes tienen menor masa muscular por lo que requieren iniciar una terapia de reemplazo con valores más bajos de úrea y creatinina. (Monteverde, 2014).

2.2. TEORÍA DE ENFERMERÍA

El modelo de adaptación de Callista Roy fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo (UNS, 2012).

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- **Persona:** Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el

receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.
- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.
- **Enfermería:** Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos.
- **Función fisiológica:** Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.
- **Autoconcepto:** Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).
- **Función de Rol:** Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).
- **Interdependencia:** Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las

conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia. (Meza, Junio)

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.
- Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).
- Salud.
- Entorno.
- Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación). Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la

persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

- Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

- Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema. De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

- Valoración de las conductas.
- Estímulos que afectan a esas conductas.
- Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
- Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud). (Gonzales, 2001)

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

- **Práctica profesional:** El modelo de Roy es útil en la práctica de enfermería ya que resalta las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación se tienen en cuenta objetivos, valores, las intervenciones del profesional y la paciente.
Los cuatro puntos de adaptación en la salud y en la enfermedad en el modelo de Roy han sido de gran ayuda para la práctica de enfermería como ciencia y vocación.
- **Formación:** Roy define el propósito de la enfermería para estudiantes, en fomentar la adaptación de personas en cada uno de los modelos adaptativos en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo distingue la ciencia enfermera, de la ciencia médica enseñando el contenido de cada área en cursos separados.
- **Investigación:** Roy ha constatado que la elaboración de una teoría y el análisis de teorías ya elaboradas se consideran asuntos prioritarios para la enfermería. El modelo sigue generando gran cantidad de hipótesis comprobables que deben investigarse.

2.3. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

2.3.1. Cuidados generales de enfermería

1. Brindar apoyo emocional y preparación psicológica al paciente y familiares con el objetivo de disminuir las preocupaciones y obtener mayor cooperación en el cumplimiento del tratamiento y orientaciones a seguir promoviendo empatía y una escucha activa.
2. Valorar presencia de factores que puedan aumentar las demandas de líquidos y electrolitos (fiebre, vómitos y diarreas persistentes).
3. Medir los signos vitales: temperatura, pulso, respiración y tensión arterial, y registrar los datos en la historia clínica.

4. Administrar líquidos y electrolitos por la boca, siempre que sea posible, según indicación médica en relación con el estado del paciente y el resultado de ionograma en sangre.
5. Canalizar una vena si la hidratación está indicada por vía intravenosa, cumpliendo con las medidas de asepsia y antisepsia.
6. Vigilar atentamente goteo de la venoclisis y mantenerla de acuerdo con lo indicado, pues una sobrehidratación podría traer complicaciones.
7. Valorar presencia de pliegue cutáneo, resequedad de la mucosa oral y de la lengua.
8. Observar signos y síntomas que indiquen empeoramiento del cuadro clínico del paciente e informarlo al personal médico inmediatamente.
9. Llevar un estricto control del balance hídrico, registrando los datos de todos los ingresos y egresos en 24 horas. Vigilar que se cumpla la dieta indicada.
10. Medir la diuresis con la frecuencia establecida.
11. Medir y registrar el peso corporal del paciente.
12. Mantener la higiene del paciente, baño diario, aseo matutino y vespertino.
13. Brindar educación para la salud a los familiares.
14. Prestar especial cuidado a las necesidades nutricionales. Si el cuidado se enfoca en realizar el tratamiento de diálisis peritoneal y no se respetan los horarios e indicaciones del aporte nutricional, el niño puede desnutrirse rápidamente.
15. Mantener un ambiente seguro para el paciente.

2.3.2. Cuidados de enfermería específicos

En hiponatremia

1. Incorporar a la dieta alimentos ricos en sodio.

2. Valorar el estado del paciente para prevenir complicaciones (vómitos, dolores abdominales, cambios en sistema nervioso central como letargo, confusión, espasmos musculares y convulsiones).
3. Valorar la densidad de la orina.

En hipernatremia

1. Incorporar una dieta hiposódica.
2. Valorar alteraciones neurológicas (confusiones, calambre, irritabilidad, convulsiones y coma).
3. Medir densidad de la orina.

En hipokalemia

1. Valorar debilidad y parálisis de extremidades.
2. Administrar en la dieta de los pacientes con riesgo de hipopotasemia, alimentos ricos en potasio (plátano, melón, cítricos y verduras).
3. Monitorizar la actividad cardíaca y realizar electrocardiograma.
4. Administrar, en casos severos, potasio por vía intravenosa según indicación médica con las precauciones siguientes:
 - a. El potasio nunca se debe administrar en bolo por vía intravenosa (su concentración brusca en sangre provoca una parada cardíaca en diástole) ni por vía intramuscular (provoca daño hístico).
 - b. Cuando se prepara una infusión con potasio, debe agitarse bien para evitar dosis en bolo resultante de la concentración de potasio en el fondo del frasco.
 - c. Evitar administrar concentraciones elevadas de potasio por venas periféricas (por la posibilidad de dolor venoso e irritabilidad de la íntima del vaso que provoca flebitis química).
 - d. En situaciones críticas es posible que prescriban soluciones más concentradas de potasio que se deben de administra por catéter central.

- e. Control estricto de la velocidad de administración de la infusión de potasio por vía intravenosa.

En hiperkalemia

1. Valorar la actividad eléctrica del corazón mediante monitorización constante.
2. Realizar electrocardiograma.
3. Restringir en la dieta, alimentos que contengan potasio (café, cacao, té, frutas secas, frijoles, pan integral, leche y huevos).
4. En situaciones de urgencia, valorar con el médico la administración de gluconato de calcio, para antagonizar los efectos cardíacos por hipopotasemia. La indicación de bicarbonato de sodio suele ser necesario para alcalinizar el plasma y hacer que el potasio entre temporalmente en las células, además para antagonizar los efectos cardíacos por la hiperpotasemia.
5. Administrar diuréticos según indicación (se utilizan diuréticos no ahorradores de potasio o de acción potente, para favorecer su eliminación por la orina).

En hipocalcemia

1. Valorar presencia de parestesia en la cara y extremidades, hiperexcitabilidad neuromuscular.
2. Valorar compromiso respiratorio por espasmo de la glotis parcial o completo y la necesidad de apoyo ventilatorio.
3. Aplicar cuidados específicos de enfermería sin necesidad de ventilación mecánica artificial.
4. Mantener vigilancia electrocardiográfica.

En hipercalcemia

1. Valorar la presencia de anorexia y vómitos.
2. Aplicar monitorización cardíaca para detectar presencia de arritmias.

3. Aplicar cuidados específicos si hay necesidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

CAPÍTULO III
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable. - Madre refiere: “Mi hijo no tiene mucho apetito”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe una dieta completa + lactancia materna a libre demanda. - Paciente en diálisis peritoneal. 	<p>Exceso del volumen de líquidos r/c falla de los mecanismos compensadores (función renal)</p> <p>Evidenciado por edema y oliguria.</p> <p>DOMINIO 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>	<p>El paciente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el desequilibrio hídrico. - Mejorar la perfusión renal. 	<p>Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de signos vitales. • Realizar un balance hídrico estricto. • Vigilar la extensión del edema. • Controlar y registrar el peso diario. • Vigilar los niveles de albúmina. • Vigilar signos y síntomas de ascitis. <p>Manejo de electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un acceso venoso permeable. • Monitorear las manifestaciones adicionales de desequilibrio de electrolitos. • Monitoreo de resultados de laboratorio. 	<p>El paciente presentó mejora en el equilibrio hídrico evidenciado en una diuresis 20cc/hora.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Peso: 11.580 kg - Talla: 82cm - Imc: 17. 22 (Delgadez aceptable) - Hemoglobina: 12.6 g/dl - Albúmina: 3.3 g/dl - Sodio: 147 mMol/L - Potasio: 6.1 mMol/L - Diuresis: 10cc/h 			<p>Manejo de la Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente. • Solicitar el apoyo de la nutricionista para que realice un ajuste necesario a la dieta. • Monitorear la ingesta de alimentos. <p>Terapia de diálisis peritoneal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar al lactante. • Explicar a la madre el procedimiento y el propósito de la diálisis. • Registrar los signos vitales basales: peso, temperatura, pulso, respiración y presión arterial. • Medir y registrar el perímetro abdominal. • Iniciar la diálisis peritoneal según protocolo. • Proporcionar los cuidados del catéter. 	
--	--	--	---	--

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. - Madre refiere: “Mi hijo no puede dormir por las noches, se despierta y llora”. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lloroso. - Fastidiado. 	<p>Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales (entorno no familiar).</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 1: Sueño/Reposo</p>	<p>El paciente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el patrón del sueño. 	<p>Manejo ambiental: confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Determinar fuentes de incomodidad: ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. <p>Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el mantenimiento de 	<p>El paciente mejoró el patrón del sueño, logrando conciliar el sueño por intervalos regulares.</p>

			<p>rutinas habituales a la hora de irse a la cama.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.	
--	--	--	---	--

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel pálida, tibia e hidratada. - Presenta edema parpebral +/-+++ y edema en miembros inferiores +/-+++ - Vías áreas permeables. - Presenta vía periférica salinizada en 	<p>Riesgo de infección r/c presencia de procedimientos invasivos.</p> <p>DOMINIO 11: Seguridad/ Protección</p> <p>Clase 1: Infección</p>	<p>El paciente será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la integridad del acceso invasivo para diálisis peritoneal así como del acceso venoso. 	<p>Baño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el baño con una temperatura agradable. • Eliminar la humedad excesiva de la piel. • Colocar una vestimenta limpia sin presiones. • Mantener la ropa de cama limpia, seca, y sin arrugas. <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar si hay enrojecimiento, calor extremo y dolor en zonas adyacentes al punto de inserción de los catéteres. • Vigilar la temperatura de la piel. 	<p>El paciente fue capaz de mantener la integridad del acceso invasivo para diálisis peritoneal así como del acceso venoso, no evidenciando signos de infección.</p>

<p>miembro superior derecho.</p> <p>- Presencia de catéter Tenckhoff para diálisis peritoneal sin evidenciar signos de flogosis.</p>			<p>Cuidados del catéter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de la manipulación de los catéteres. • Mantener medidas de asepsia durante el manejo del catéter periférico y catéter Tenckhoff. • Emplear medidas de bioseguridad. <p>Manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las intolerancias del paciente. • Proporcionar un ambiente óptimo para la ingesta de la comida. • Solicitar la participación del nutricionista para que realice un ajuste necesario de la dieta. 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Monitorear la ingesta de líquidos y alimentos.• Animar a la familia para que colabore durante la ingesta de los alimentos, brindando seguridad en el paciente.	
--	--	--	---	--

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVLUACIÓN
<p>Datos subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No evaluable para el paciente. - Madre refiere: “Nosotros vivimos en la casa con mi esposo y sus hermanos, nos llevamos bien”. Asimismo refiere: “Estamos preocupados por la salud de nuestro hijo, incluso he tenido 	<p>Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.</p> <p>DOMINIO 7: Rol/ Relaciones</p> <p>CLASE 2: Relaciones familiares</p>	<p>La familia será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar los procesos familiares. 	<p>Apoyo a la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. • Ofrecer una esperanza realista. • Escuchar activa y empática a la familia. • Favorecer una relación de confianza. <p>Fomentar la implicancia familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización. 	<p>La familia mejoró los procesos familiares, se logró que se involucre al padre en los cuidados del paciente intercálándose así el rol cuidador.</p>

<p>que pedir permiso en mi trabajo para poder quedarme aquí”.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se le observa ansiosa, preocupada. 			<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente. • Respetar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. • Informar sobre los factores que pueden mejorar el estado del paciente. <p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Escuchar las expresiones de sentimientos. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Solicitar asesoramiento por parte de psicólogos, si precisa. 	
---	--	--	---	--

CONCLUSIONES

- La aplicación de la teoría de la adaptación al Proceso de Atención de Enfermería, permite una atención integral al individuo tanto sano como enfermo, además de fomentar el razonamiento crítico y desarrollar las habilidades prácticas de la asistencia de enfermería, en aras de cumplir el principal objetivo, brindar cuidados con calidad y enfoque científico.
- El Síndrome Urémico Hemolítico es una patología que se puede prevenir concientizando a los padres sobre la importancia de una adecuada práctica de higiene.
- La realización de las intervenciones oportunamente logran en el paciente A.Y.Q. mejorar el desequilibrio hidroelectrolítico, evitar la presencia de infección y mejorar el patrón del sueño.

RECOMENDACIONES

- Sugerir a la Jefatura de Enfermería la implementación y/o actualización de la guía de atención para pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico.
- Los cuidados de enfermería deben ser aplicados de una manera continua para obtener resultados favorables en los pacientes.
- Educar a los padres de familia sobre la importancia de prácticas de higiene en el hogar.
- Promover y reforzar la educación sanitaria a los padres de familia, en el primer nivel de atención, para que estos logren desarrollar habilidades y destrezas que les permitan llevar una vida sana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. (2010). En Essalud, Guía de Practica Clínica: Manejo de Enfermedad Renal Crónica. Lima.
2. (2014). En Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
3. Apresuh. (2016). Obtenido de <http://apresuh.org/tratamientos>
4. Barslund, S. (Junio de 2013). Revista de Post Grado de Medicina. Obtenido de Revista de Post Grado de Medicina: http://med.unne.edu.ar/revista/revista170/4_170.pdf
5. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (2014).
6. Córdova, C. B. (Febrero de 2007). Revista de Post Grado de Medicina. Obtenido de Revista de Post Grado de Medicina: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista166/5_166.pdf
7. Fernández- Brando, R. J. (2011). Actualización en el tratamiento del Síndrome Urémico Hemolítico. Obtenido de Scielo: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025
8. García Chervo, L. (2016). Síndrome Urémico Hemolítico. Obtenido de http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/Medicina%20Interna/PDFs%20Jueves/J24_GChervo_Fallo%20renal_SUH.pdf
9. Gonzales, M. O. (Octubre de 2001). Modelo de Atención de Enfermería. Obtenido de Modelo de Atención de Enfermería: <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>
10. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. (2015). En M. d. Salud. Lima.

- 11.** Internacional, N. (2015. 2017). Diagnósticos Enfermeros.
- 12.** Gersten, T. (Febrero de 2016). Medline plus. Obtenido de Medline plus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000510.htm>
- 13.** Meza, E. G. (2013 de Junio). Modelos Enfermeros. Obtenido de Modelos Enfermeros: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.pe/>
- 14.** Monteverde, M. L. (2014). Scielo. Obtenido de Síndrome Urémico Hemolítico: <http://www.scielo.org.ar/pdf/nefro/v34n1/v34n1a05.pdf>
- 15.** Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Barcelona, España: Elsevier.
- 16.** Nefrología, C. N. (Febrero de 2009). Sociedad Argentina de Pediatría. Obtenido de Sociedad Argentina de Pediatría: www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/arch01_1/01_85.pdf
- 17.** Nutrición para vos. (2017). Obtenido de <http://www.nutricionparavos.com/salud/sindrome-uremico-hemolitico-suh/>
- 18.** Ramírez, J. (Enero de 2017). Revista Colombiana de Nefrología. Obtenido de Revista Colombiana de Nefrología: <http://www.revistanefrologia.org/index.php/rcn/index>
- 19.** Salud, O. M. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- 20.** UNS, F. (Junio de 2012). El Cuidado. Obtenido de El Cuidado: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/callista-roy.html>

ANEXO

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Ectoscopía:** Se refiere a la primera observación del paciente.
- **Eupneico:** Adj. Que respira normal.
- **Hierro Polimatosado:** Sal de hierro estable en presencia de jugo gástrico, no muestra tendencia a formar compuestos insolubles con los alimentos o medicamentos, por lo que el hierro que se proporciona es totalmente aprovechado por el organismo.
- **M/p:** Manifestado por.
- **SUH:** Síndrome Urémico Hemolítico.
- **Síndrome:** Es un cuadro clínico o un conjunto sintomático que presenta alguna enfermedad con cierto significado y que por sus propias características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología.
- **TCSC:** Tejido conectivo sub cutáneo.
- **Catéter Tenckhoff:** Es una prótesis similar a un tubo redondo, comúnmente de silicona. Consta de 3 segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal con perforaciones para facilitar el paso del líquido de diálisis del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa. Este segmento suele ser recto. La siguiente porción es intraparietal, tiene uno o dos manguitos ó cuff de Dacron, estos provocan una respuesta inflamatoria que progresa, permitiendo el crecimiento del tejido fibroso y de granulación en un mes aproximadamente, favoreciendo la fijación del catéter. La porción que se observa a partir del orificio de salida que es la que podemos ver una vez colocado el catéter, es la porción externa, donde se pone un conector para colocar el prolongador, apropiado al sistema que se va a utilizar.
- **Cárnicos:** Relativo a la carne de consumo o a base de ella en determinadas industrias de la alimentación.
- **Entérica:** Perteneciente o relativo a los intestinos.

- **Trombocitopenia:** Disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales, es decir, con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³.
- **Anemia Hemolítica Microangiopática:** Es una forma de anemia que fragmenta y destruye glóbulos rojos en su tránsito por la sangre, por varios tipos de traumatismos mecánicos en los pequeños vasos sanguíneos.
- **Furazolidona:** Es un medicamento antibacteriano y antiprotozoario de amplio espectro con actividad contra la mayoría de patógenos del tracto gastrointestinal siendo indicada como agente secundario para el tratamiento de: Cólera causado por *Vibrio cholerae*; diarrea bacteriana causada por organismos susceptibles. Furazolidona es activa in vitro contra *Campylobacter jejuni*, *Enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, diversas especies de: *Proteus*, *Salmonella*, *Shigella*, y estafilococos; Giardiasis causada por *Giardia lamblia*.
- **IRA:** Insuficiencia Renal Aguda.
- **Petequias:** Son lesiones pequeñas de color rojo, formadas por extravasación de un número pequeño de eritrocitos cuando se daña un capilar. Las anomalías de las plaquetas o de los capilares se suelen asociar a la presencia de petequias.
- **Púrpuras:** Manchas cutáneas de color rojo o púrpura que aparecen debido a la presencia de sangrado subcutáneo y no desaparecen al aplicarles presión.
- **Ataxia:** Enfermedad heredada que ocasiona daño progresivo al sistema nervioso ocasionando síntomas que oscilan entre debilidad muscular y problemas de dicción, por un lado, y enfermedad cardíaca, por el otro.
- **Pródromo:** Hace referencia a los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad.