



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
SÍNDROME MIELODISPLÁSICO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

Tutora: Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Ambato-Ecuador

Octubre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Caso Clínico sobre el tema: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO”**, de Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2018

LA TUTORA

.....
Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Análisis de Caso Clínico sobre: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2018

LA AUTORA

.....
Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este Análisis de Caso o parte de él, un documento para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este análisis de caso, dentro de las regulaciones de la Universidad siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de la autora.

Ambato, Julio del 2018

LA AUTORA

.....
Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

APORBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema:
“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO”, de Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre de 2018

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2 do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico mi Caso Clínico con todo mi cariño y afecto a Dios y a la Virgen del Cisne por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por todo su apoyo en especial a mi madre Emperatriz, por su sacrificio y esfuerzo ya que siempre me ha apoyado incondicionalmente, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí.

Mamita gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la vida por darme la oportunidad de estar en el este mundo en especial a mi hermano Fredy por todos sus consejos a pesar de nuestras diferencias nos apoyamos en todo.

A mi familia; mis tías Mónica y Guadalupe, mis primos David y Roberto, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo cabalmente mantenido en el por el apoyo que me brindaron en el transcurso del tiempo, cada semestre, cada año y a pesar de la distancia

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHO DE AUTOR	iv
APORBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	x
SUMMARY	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	4
3.1 Identificación y recopilación de las fuentes de información disponible.....	4
3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles.....	32
IV DESARROLLO	36
4.1 Descripción cronológica detallada del caso.....	36
4.2 Descripción de factores de riesgo	38
4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud	39
4.4 Identificación de puntos críticos	40
4.5 Caracterización de oportunidades de mejora	41
4.6 Propuesta.....	43
4.6.1 Introducción	43

4.6.2 Objetivos	43
4.6.3. Justificación.....	44
4.6.4. Desarrollo	44
V. CONCLUSIONES	56
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
VII. ANEXOS	60
Anexo 1: Familiograma	61
Anexo 2: Oficio de aprobación -Hospital	62
Anexo 3: Consentimiento informado.....	63
Anexo 4: Porcentaje de Urkund.....	64
Anexo 5: Epicrisis – Hospital Pediátrico Baca Ortiz.....	65
Anexo 6: Evidencias fotográficas	69

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
SÍNDROME MIELODISPLÁSICO”

Autora: Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

Tutora: Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Fecha: Julio de 2018

RESUMEN

Los síndromes mielodisplásicos son alteraciones que ocurren cuando las células productoras de sangre en la médula ósea se convierten en células anormales, esto desencadena que bajen los recuentos de uno o más de los tipos de células en la sangre. Este tipo de síndromes mielodisplásicos se considera un tipo de cáncer cuya aparición en la edad pediátrica y en el adulto joven es rara. Por ello, se presenta el estudio de caso con objetivo de analizar la evolución de la patología y la intervención de enfermería en paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico.

El presente estudio da a conocer el caso de un paciente masculino de 10 años de edad quien tras una contusión nasal presenta epistaxis abundante que no cede con medidas compresivas por lo que es transferido al Hospital de Latacunga donde es tratado por diagnóstico de Pancitopenia y púrpura trombocitopénica, pero tras el paso de dos meses y debido a la complejidad patológica que compromete la vida del paciente se decide traslado al Hospital Baca Ortiz de la ciudad de Quito para evaluación de médula ósea a través de aspirado y biopsia. Tras consenso médico se confirma el diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico y tras tres meses de hospitalización es dado de alta en condiciones estables para tratamiento ambulatorio, pero se requiere seguimiento puesto que el síndrome Mielodisplásico reduce la producción de cualquier tipo de célula sanguínea y como resultado de ello los pacientes tienden a desarrollar sangrados difíciles de detener, infecciones, además que el 30% de pacientes con este síndrome progresa y se transforma en leucemia.

Debido a la complejidad del cuidado del paciente se propuso un plan de cuidado donde se exponen recomendaciones para orientar al núcleo familiar sobre alimentación, higiene, actividad física, cuidado de la piel, y manejo del estado de ánimo y autoestima, en virtud de que la familia posee pocos conocimientos sobre la patología y además son de escasos recursos para cubrir las necesidades del paciente.

PALABRAS CLAVES: SÍNDROME_ MIELODISPLÁSICO, CUIDADOS_ ENFERMERÍA, HEMATOLOGÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSERY CAREER

**"INTERVENTION OF NURSING IN PEDIATRIC PATIENTS WITH
MYELODISPLASIC SYNDROME"**

Author: Quillupangui Montatixe, Sandra Maribel

Tutor: Lic. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Date: July 2018

SUMMARY

Myelodysplastic syndromes are alterations that occur when the blood-producing cells in the bone marrow become abnormal cells, this triggers the lowering of the counts of one or more of the cell types in the blood. This type of myelodysplastic syndromes is considered a type of cancer whose appearance in the pediatric age and in the young adult is rare. Therefore, the case study is presented with the objective of analyzing the evolution of pathology and nursing intervention in pediatric patients with myelodysplastic syndrome.

The present study reveals the case of a 10-year-old male patient who, after a nasal contusion, presents abundant epistaxis that does not yield with compressive measures, so he is transferred to Latacunga Hospital, where he is treated for a diagnosis of Pancytopenia and thrombocytopenic purpura. , but after the passage of two months and due to the pathological complexity that compromises the life of the patient, it is decided to transfer to the Baca Ortiz Hospital in the city of Quito for evaluation of bone marrow through aspiration and biopsy. After a medical consensus, the diagnosis of Myelodysplastic Syndrome was confirmed and after three months of hospitalization he was discharged in stable conditions for outpatient treatment, but follow-up is required because the Myelodysplastic syndrome reduces the production of any type of blood cell and as a result patients tend to develop bleeding difficult to stop, infections, in addition to 30% of patients with this syndrome progresses and becomes leukemia.

Due to the complexity of the patient's care, a care plan was proposed where recommendations are presented to guide the family nucleus about nutrition, hygiene, physical activity, skin care, and mood and self-esteem management, because the family has little knowledge about the pathology and they also have limited resources to cover the patient's needs.

KEYWORDS: SÍNDROME_PLASTIC MYELOG, CARE_ NURSING, HEMATOLOGY.

I. INTRODUCCIÓN

Los síndromes mielodisplásicos son alteraciones que ocurren cuando las células productoras de sangre en la médula ósea se convierten en células anormales, esto desencadena que bajen los recuentos de uno o más de los tipos de células en la sangre. Este tipo de síndromes mielodisplásicos se considera un tipo de cáncer (American Cancer Society, 2018). Cuyos factores de riesgo pueden ser el haber tenido un tratamiento anterior de quimioterapia o radioterapia por cáncer, edad avanzada, estar expuesto a ciertas sustancias químicas como el humo del tabaco, los plaguicidas, fertilizantes y los solventes como el benceno, además de estar expuesto a metales pesados como el mercurio o el plomo (Instituto Nacional del Cáncer , 2018).

Los síndromes mielodisplásicos son un grupo de trastornos causados por células sanguíneas mal formadas o que no funcionan bien, por lo que debe ser atendido en el menor tiempo posible para evitar complicaciones como la anemia debido a la disminución en la cantidad de glóbulos rojos, infecciones recurrentes a causa de la baja de glóbulos blancos, sangrado excesivo (debido a la falta de plaquetas) y un mayor riesgo de padecer cáncer de las células sanguíneas (leucemia) (Mayo Clinic , 2018).

A nivel global se considera que en 1 de 3 pacientes con síndrome mielodisplásico puede progresar y convertirse en un cáncer de rápido crecimiento de las células de la médula ósea denominada leucemia, pero debido a que la mayoría de los pacientes no padece leucemia, el síndrome mielodisplásico se clasifica como una enfermedad de bajo potencial maligno (American Cancer Society, 2018).

Se considera que el 26% de la población de los Estados Unidos padece de síndromes mielodisplásicos, su incidencia cruda anual es de 3.4 casos por cada 100.000 habitantes, teniendo cerca de 10.000 casos nuevos por año, valores que van aumentando con el paso del tiempo. Otros países han reportado una incidencia similar, siendo por ejemplo de 3,6 por cada 100.000 en Inglaterra y Suecia, 3,3 por cada 100.000 en Francia, en algunos países de Japón tiene una incidencia 3.4 aproximadamente y en Alemania de 20,7 por cada 100.000 personas, donde el 80% se da en mayores de 60 años. No obstante, la prevalencia

de este síndrome es difícil de establecer por lo que es subestimada por la dificultad diagnóstica (Jiménez, 2016).

En México su incidencia es de 4-12 por 100.000 por año y puede llegar hasta 30 por 100.000 en individuos mayores de 70 años. Su aparición en la edad pediátrica y en el adulto joven es rara, se señala cierto predominio en el sexo masculino con una proporción de 2: 1 (De la Mora, García, Montaña, & Rodríguez, 2014).

En la mayoría de los países de América del sur no existe datos registrados sobre los síndromes mielodisplásicos pues probablemente estas enfermedades sean subdiagnosticadas, pero se afirma que su incidencia se incrementa de 7 a 35 por 100.000 en personas mayores de 60 años y a 50 por 100.000 habitantes mayores de 70 años (Amaru, et al., 2015). En un estudio colombiano se revela que estos síndromes constituyen una patología neoplásica de difícil abordaje clínico que se presentan en pacientes de edad avanzada (80% en mayores de 60 años), su incidencia en la población general es de cinco casos por 100.000 después de los 60 años y la epidemiología en personas jóvenes es muy baja (Jiménez, 2016).

En Ecuador no se han encontrado reportes sobre la epidemiología de los síndromes mielodisplásicos debido a su difícil diagnóstico, no obstante, Ecuador integra el Grupo Latinoamericano de Síndromes Mielodisplásicos un grupo abierto de profesionales que se gestó en íntima vinculación con las sociedades de Hematología de cada país para promover guías de diagnóstico y tratamiento de estas patologías y así evitar complicaciones y desembocadura en alteraciones sanitarias complejas como el cáncer (GLAM, 2018).

Bajo este contexto, se presenta el caso de un paciente de 10 años de edad ingresa a casa asistencial por transferencia del Centro de Salud de Zumbahua que tras la realización de varios exámenes de laboratorio se emite el diagnóstico de Purpura Trombocitopenica idiopática por lo que el paciente recibe tratamiento medicamentoso, administración de paquetes globulares más exámenes complementarios como ecografías, radiografías, e interconsultas a diferentes especialidades; llegando al diagnóstico final de síndrome mielodisplásico para lo cual recibe tratamiento hasta estabilidad hemodinámica.

Es necesario resaltar además que, debido a que los síndromes mielodisplásicos son poco frecuentes en la población infantil se hizo necesario desarrollar la presente investigación para determinar los factores que influyeron en su aparición, evolución y tratamiento tanto en el ambiente hospitalario y domiciliario.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Analizar la intervención de enfermería en paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo y causas del síndrome mielodisplásico en paciente pediátrico
- Analizar la calidad de cuidados del personal de enfermería que contribuyen en el estado de salud del paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico
- Elaborar un plan de cuidado encaminado al paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1 Identificación y recopilación de las fuentes de información disponible

La información disponible para el desarrollo del caso clínico se tomó de la historia clínica del Hospital General de Latacunga y la epicrisis del Hospital Pediátrico Baca Ortiz de la ciudad de Quito. Esta información se presenta a continuación:

09-1-2018 HISTORIA CLINICA AREA DE PEDIATRIA - HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA

Residencia habitual: Zumbahua, teléfono: no tiene, fecha de nacimiento: 30 de enero del 2008, edad: 10 años, fecha de admisión: 09 de enero de 2018, hábitos alimentación: 3 veces al día, micción 4 veces al día, deposición: 1 veces al día, sueño: 7 horas, juego: 2 horas, medicación: no refiere., alergias: no refiere

Datos de la madre: madre de 34 años; Casada, instrucción: primaria; Ocupación: Agricultura

Datos del padre: padre de 35 años; Casado, instrucción: primaria; Ocupación: agricultura

Antecedentes:

Antecedentes natales: producto de cuarta gesta, nacido por parto cefalovaginal institucional 30 de enero del 2018 Apgar desconoce complicaciones desconoce

Antecedentes posnatales: apego precoz lactancia inmediata si, lactancia materna 2 años 8 meses, lactancia materna exclusiva 1 meses control de niño sano refiere que sí, pero no especifica cuanto cada cuanto ni en qué lugar, vacunas desconoce.

Antecedentes personales; Hospitalización por 2 ocasiones por epistaxis, acude a centro de salud de Zumbahua donde se coloca tapón nasal y al no ceder sangrado es transferido al Hospital de Latacunga, en el cual no es posible la transfusión de plaquetas ya que no se dispone en Banco de SANGRE DE DICHA CASA DE Salud por lo que es Transferido al Hospital Docente de Ambato con una hemoglobina de 4, hematocrito 15%, plaquetas 3000, permanece hospitalizado por 9 días, se realiza transfusión sanguínea y se inicia tratamiento con corticoide se desconoce dosis.

Antecedentes alérgicos: no refiere; Antecedentes familiares: no refiere;

Motivo de consulta

Paciente que en compañía de su padre quien refiere sangrado nasal de cantidad abundante desde aproximadamente 3 horas, presencia de sangrado activo en moderada cantidad por fosas nasales que no cede a maniobras compresivas ni a colocación de tapón nasal aproximadamente sangra 2 horas perdiendo 400 mililitros, presenta vómito de contenido hemático, epigastralgia

Enfermedad actual

Padre refiere que hace aproximadamente 15 días presenta sangrado nasal de cantidad abundante teniendo como causa aparente un golpe en escritorio de madera, además refiere aparición de equimosis en extremidades y tórax, acude a centro de salud de Zumbahua donde se coloca tapón nasal y al no ceder sangrado es transferido al Hospital de Latacunga, realizan exámenes de laboratorio evidenciando Pancitopenia (Plaquetas 8000, Leucocitos 4800, Hematocrito 22.8, hemoglobina 7.5) presencia de sangrado activo no cede a maniobras compresivas ni a colocación de tapón nasal aproximadamente sangra 2 horas perdiendo 400 mililitros, se reponen perdidas con solución salina al 0.9%, se coloca tapón nasal con ácido tranexámico, no es posible la transfusión de plaquetas ya que no se dispone en Banco de SANGRE DE DICHA CASA DE Salud por lo que es Transferido al Hospital Docente de Ambato con una hemoglobina de 4, hematocrito 15%, plaquetas 3000, permanece hospitalizado por 9 días, se realiza transfusión sanguínea y se inicia tratamiento con corticoide se desconoce dosis.

El día 5 de febrero del 2018 nuevamente presenta epistaxis importante por lo que es llevado a clínica particular se realizan exámenes de laboratorio que reportan hemoglobina 5, hematocrito 16%, se transfunde un paquete globular y por motivos económicos familiares lo llevan a Hospital de Latacunga

Examen físico

Paciente de 10 años de edad que a su ingreso consciente, orientado en tiempo y espacio facies pálidas, ojos pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación mucosas orales húmedas, con buena autonomía respiratoria, decaído alérgico, presenta nauseas por varias ocasiones que no llegan al vómito, se evidencia sangrado nasal bilateral de cantidad moderada

Tórax: presencia de petequias, en tórax anterior; Corazón: ruidos rítmicos con ausencia de soplos; Pulmones: Adecuada entrada de aire bilateral; Abdomen: suave depresible, ruido

conservado, dolor en mesogastrio; Extremidades: presencia de áreas con equimosis y petequias desde espina iliaca hacia muslos y piernas.

Diagnóstico: Presuntivo: Epistaxis – Trombocitopenia

Indicaciones:

Ingreso a pediatría, Nada por vía oral, Cabecera elevada a 30 grados, Oxígeno por razones necesarias, Cuidado de signos vitales y saturación de oxígeno cada 4 horas, Dextrosa en agua 1500 mililitros más cloruro de sodio 60 miliequivalentes más 40 miliequivalentes de potasio pasar intravenoso en 24 horas , Omeprazol 20 miligramos vía intravenosa día, Prednisona 20 miligramos vía oral (Si ecografía es negativa para hemorragia), Ecografía abdominal, Biometría hemática, conteo manual de plaquetas, Frotis sanguíneo, Pasar paquete globular 200 mililitros endovenoso en 2 horas, Interconsulta a hematología , Monitorización, reporte de novedades. Interconsulta a otorrinolaringología, Exámenes: Uro análisis en gota fresca – Copro parasitario más polimorfos, Uro análisis.

ANÁLISIS

Paciente pediátrico con epistaxis de cantidad abundante es referido a centro asistencial para tratamiento, de acuerdo con la literatura *la epistaxis es un fenómeno hemorrágico de las fosas nasales que en ocasiones se trata de procesos graves debido a la intensidad del sangrado o la recidiva del mismo que puede requiere de un tratamiento agresivo y adecuado para evitar empeorar el riesgo vital del paciente* (Torres, et al., 2017). Por ello resulta acertado el accionar del personal de salud al referir al paciente a una casa asistencial más completa y al área de Pediatría donde el paciente pueda recibir un tratamiento apropiado conjuntamente con Hematología y Otorrinolaringología.

Debido a la presencia de sangrado activo se procedió a maniobras compresivas y colocación de tapón nasal , en la revisión bibliográfica se expresa que *el taponamiento nasal es el método más utilizado para el manejo de epistaxis, no obstante el procedimiento requiere de observación constante pues este podría provocar un síndrome de choque tóxico, hipoxia e incluso a la muerte súbita, pues el índice de falla de un taponamiento nasal se debe a la formación de una circulación colateral, Este método debe usarse sólo de forma transitoria, y sólo por el tiempo necesario para estabilizar al paciente, estudiarlo y establecer el tratamiento definitivo* (Martínez, 2014).

Debido a la condición del paciente resulta conveniente que el personal de enfermería lleve a cabo el control de signos vitales pues, *la monitorización de signos vitales es un aspecto esencial del personal de enfermería para poder identificar variaciones dentro de la normalidad y con ello tomar medidas oportunas* (EducarChile). Además, se cumpla con la administración de medicación y sobretodo se pase paquete globular, en la revisión bibliográfica se expone que *el paquete globular se utiliza para restaurar el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina o corregir los niveles séricos de proteínas. Este proceso es una técnica básica de enfermería que requiere conocimiento de las bases fisiológicas, un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación de un protocolo para prevenir serias complicaciones* (Merchán, Rojo, Carrero, Rodríguez, & Blas, 2013). Bajo estas condiciones el rol de enfermería se dirige hacia la valoración de signos vitales ya que *en casos de epistaxis es importante el control de T.A, F.C y signos de hipoperfusión periférica* (Morales, 2011-2018).

Con lo expuesto se puede aludir que el accionar del personal de enfermería fue adecuado pues a más de cumplir con las indicaciones médicas, se monitorizó al paciente antes, durante, después de la técnica de transfusión, se reportó novedades sobre las características de la transfusión practicada, volumen transfundido, tiempo de trasfusión y la respuesta del paciente con lo que se pudo prevenir y controlar complicaciones, por lo que el estado del paciente mejoró y este fue dado de alta.

06-2-18 Informe de enfermería

Paciente de 10 años de edad sexo masculino, debido a epistaxis recurrente es hospitalizado nuevamente. Al momento consciente, orientado con buena autonomía respiratoria, con vía periférica permeable, sube con resultados de exámenes, ecografía y descargos disponibles en farmacia, se coloca manilla de identificación, se demora ingreso ya que paciente se va a realizar ecografía. Se trasfunde paquete globular sin novedad, Signos vitales: pulso 113, temperatura 35.5; respiración 24, saturación 93%, presión arterial 84/35

Plan de Atención de Enfermería

Recepción del paciente; Mantener en nada por vía oral; Toma y registro de signos vitales más saturación de oxígeno cada 6 horas; Elevar barandales de la cama; Mantener familiar permanente; Brindar medidas de higiene; Brindar medidas de confort y seguridad;

Mantener en reposo absoluto; Mantener vía periférica permeable; Administrar medicación prescrita; Administrar paquete globular; Cumplir con estándares de bioseguridad, Reportar novedades.

ANÁLISIS

Paciente que ingresa nuevamente a casa asistencial por epistaxis abundante sin causa aparente, en la evidencia teórica se menciona que *la epistaxis recurrente es un sangrado nasal autolimitado que puede ser atribuido a la formación de costras, antecedentes de vestibulitis nasal, sequedad de mucosas, trauma digital, colonización de staphylococcus aureus aunque en la mayor parte de casos no se puede establecer ninguna causa directa* (Augustovski, 2018). Esta información coincide con el presente caso, pues la epistaxis reaparece sin causa aparente y debido a la gran pérdida de sangre se evidencia alteración en los signos vitales como el incremento en pulsaciones y respiración y un descenso en tensión arterial y temperatura por la pérdida de oxigenación en varias zonas del cuerpo.

En este punto resulta importante resaltar que el accionar sanitario fue adecuado pues se indica la recepción e institucionalización del paciente en centro asistencial para atención adecuada donde se procura su estabilización y el cuidado de enfermería se enfoca hacia el cuidado de signos vitales, lo que coincide con recomendaciones teóricas donde se refiere que *en caso de pérdida abundante de sangre se debe buscar la estabilidad relativa del estado hemodinámico, realizar una valoración cardiovascular (signos de taquicardia, comprobar pulso, comprobar estado de la piel, mucosas), valoración respiratoria (respiraciones, cianosis), valoración del estado de conciencia, estimar la pérdida del volumen sanguíneo para reposición y elaborar pruebas diagnósticas* (Etxeberría, 2014).

7 al 8-2-18 Evolución Diurna

Paciente masculino de 10 años de edad, paciente en compañía de su padre descansa tranquilo no refiere molestias al momento, aparentemente estable.

Indicaciones:

Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas; Semifowler; Reposo absoluto; Cuidados de tapón nasal; Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso en 24 horas;

Plaquetas pasar un paquete en forma inmediata (coordinar con medicina tras funcional); Prednisona 20 miligramos a las 6 de la mañana y 10 miligramos a las 14 horas; Interconsulta a otorrinología; Interconsulta a hematología; Omeprazol 20 miligramos intravenoso en la mañana; Comunicar novedades

09:00 Plan de Atención de Enfermería

Recepción del paciente; Toma y registro de signos vitales; Mantener en reposo absoluto; Mantener cabecera a 30 grados; Mantener vía periférica permeable; Administración y registro de medicación; Brindar medidas de seguridad y confort; Pendiente muestra de uroanálisis; Pendiente muestra de corproparasitario; Valoración por hematología; Control de hematocrito y hemoglobina mañana

Hematología

Paciente con epistaxis desde 30 días al momento Hemoglobina 6.30: hematocrito 3000 / mm³. Paciente con tapón nasal sin hemorragia activa

Plan: Terapia transfusional

Indicaciones

1. Concentrado plaquetario # 2 I.V. goteo continuo
2. Concentrado plaquetario #3 I.V. goteo continuo (3 horas después de pasar el #1)
3. Concentrado Globular Refrigerado 220 ml Intravenoso. en tres horas (pasar después de #2)
4. Suspender corticoide
5. Mañana biometría hemática y morfología

16:00 Hematología

CP (concentrado plaquetario) llegará por la noche, pasar CGR (concentrado de globular refrigerado) en este momento

Indicaciones:

1. Concentrado globular refrigerado 220 mililitros intravenoso en 3 horas
2. NO TOMAR MUESTRAS de sangre para pruebas cruzadas preguntar en medicina transfusional por suero de la muestra enviado hoy.
3. Continuar indicaciones

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 102, respiratoria 19, Presión Arterial 78/60, temperatura 36.2 saturación de oxígeno 92%

Informe de enfermería

Paciente masculino de 10 años de edad en compañía de su familiar durante el turno permanece en reposo absoluto tranquilo, consciente orientado en tiempo y espacio con buena autonomía respiratoria, facies ligeramente pálidas con presencia de tapón nasal limpio y seco, vía periférica permeable, administra toda la medicación prescrita. Se trasfunde concentrado globular refrigerado cumpliendo con estándares de bioseguridad, y toma de signos vitales dentro de los parámetros normales antes durante y después

ANÁLISIS

Paciente con tres días de hospitalización y 30 días de epistaxis aparentemente se encuentra estable, pero se mantiene en reposo absoluto indicación que resulta conveniente ya que, *ante epistaxis es conveniente mantener reposo absoluto para evitar que el esfuerzo físico ocasione la salida de sangre* (Giner, 2016).

En estos días el procedimiento sanitario fue adecuado puesto que en la evidencia científica se reporta que en casos en los que *la epistaxis no cede es indicado mantener reposo absoluto, control de signos vitales, mantener vía venosa, posición semisentada, régimen alimenticio blando, manejo de patologías agregadas y transfusión de sangre cuando hematocrito es menor del 20%* (Hernández, Hernández, & Bergeret, 2015), procedimientos que se cumplieron a cabalidad en el caso clínico, excepto con la indicación de concentrado plaquetario *la transfusión de plaquetas es indicado ante la presencia de sangrado activo, masivo con coagulopatía* (Mata, 2013), la falta de esta indicación pudo desencadenar un incremento en el sangrado nasal del paciente debido a la falta de agentes coagulantes, pero como medida compensatoria se procede con concentrado globular para prevenir hipoxia tisular.

09-2-18 EVOLUCIÓN DIURNA

Paciente acompañado de su familiar paciente no refiere molestias

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas; Semifowler; REPOSO ABSOLUTO; Solución salina al 0.9 % 500 mililitros endovenoso en 24 horas; Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada mañana; Ordenes de hematología; Novedades

Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino permanece en compañía de su familiar, afebril, hidratado, con autonomía respiratoria, durante la tarde recibe visita del hematólogo le retira tapón nasal no se evidencia sangrado, permanece en reposo absoluto a la palpación con vía periférica permeable, recibe la medicación prescrita, pendiente muestra de uroanálisis, pendiente valoración de otorrinología, se brinda cuidados de enfermería.

Control de signos vitales

Temperatura: 35.4; Pulso: 57; Respiración: 24; Tensión Arterial: 80/59; Saturación: 92 por ciento.

13-2-18 EVOLUCIÓN DIURNA

Paciente masculino de 10 años de edad de 6 días de hospitalización. Diagnóstico: Pancitopenia.

Control de Biometría Hemática: Glóbulos blancos 3.40; Neutrófilos 27.6 %; Linfocitos 64%; Hematocrito 38.4%; Hemoglobina 11.88 gdl; Plaquetas 101.000 plaquetas por ml.

06:24 Control de signos vitales

Temperatura: 36.6; Pulso: 60; Respiración: 28; Tensión Arterial: 67/57; Saturación: 86 por ciento.

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales cada 6 horas; Semifowler; Deambulación 2 veces al día; Dispositivo intravenoso sin heparina; Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas (5); Pendiente resultados de biometría hemática de control hoy

Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad permanece en el servicio de pediatría consciente orientado en tiempo y espacio facies normales mucosas orales semihúmedas, con buena autonomía respiratoria, abdomen suave, eliminaciones fisiológicas presentes, se brinda cuidado de bioseguridad y se reporta novedades.

Plan de Atención Enfermería

Recepción del paciente; Control y registro de signos vitales y saturación; Deambulación 2 veces al día; Dispositivo intravenoso permeable; Administración de medicación prescrita; Pendiente resultados de biometría; Brindar cuidados de higiene y confort.

ANÁLISIS

Paciente con 6 días de hospitalización permanece estable respecto a sangrado nasal, por lo que además de la monitorización de signos vitales y administración de medicación se indica dieta hiperproteica, *este tipo de dieta se caracteriza por brindar un aporte energético elevado o superior a los requerimientos de un individuo sano con el propósito de prevenir y corregir el catabolismo tisular y la pérdida de peso en pacientes* (Rivera, Morán, & Rabat, 2010). Esta indicación resulta adecuada considerando que el paciente por epistaxis abundante no podía ingerir una dieta normal lo que ocasionó una pérdida de peso.

Otra de las indicaciones relevantes es el paso del reposo absoluto a la deambulación debido a las mejores condiciones que presenta el paciente, en la evidencia teórica se encontró que *el reposo absoluto ocasiona disminución del flujo sanguíneo (hipovolemia) lo que ocasiona mareo, infecciones, debilidad muscular, rigidez, dolor, pérdida de calcio, etc. Por lo que la responsabilidad de enfermería es ayudar al paciente a moverse lo más precoz que la enfermedad lo permita* (Ministerio de Salud del Salvador, 2014). Con ello se asume también que la indicación es adecuada pues el inicio de movilización constituye un hito importante en la recuperación de cualquier enfermedad, pero se debe tomar en cuenta que esta movilidad amerita asistencia para evitar caídas y debe ser progresiva para no alterar el estado del paciente.

14-2-18 EVOLUCIÓN

Control de signos vitales

Temperatura: 36.2; Pulso: 67; Respiración: 23; Tensión Arterial: 106/56; Saturación: 95por ciento.

09: 00 Hematología

Paciente debe recibir tratamiento concentrado refrigerado. Plaquetas 12-2-18 (90.000) 11-2-18 (80.000)

Indicaciones:

1. Biometría Hemática
2. Metilprednisona Succinato 20 mg IV (20 MG) CADA 12 HORAS

Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad permanece en el servicio de pediatría consciente orientado en tiempo y espacio facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, con buena autonomía respiratoria, abdomen suave, eliminaciones fisiológicas presentes, se administra medicación pre escrita, se brinda cuidado de bioseguridad, se reporta novedades.

Plan de Atención Enfermería

Recepción del paciente; Control y registro de signos vitales y saturación; Dispositivo intravenoso permeable; Administración de medicación prescrita; vigilar sangrado nasal; vigilar cambios en la piel, Brindar cuidados de higiene y confort

15-2-18 EVOLUCIÓN DIURNA

06:00: Paciente al momento en compañía de su padre, no refiere ninguna molestia, aparentemente estable

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas; Semifowler; Ambulatorio; Dispositivo intravenoso sin heparina; Prednisona 20 miligramos vía oral en este momento y 10 miligramos a las 2 de la tarde y desde mañana 20

miligramos vía oral 6 de la mañana y 10 miligramos 2 de la tarde; Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas (dia6/7); Biometría hemática diaria; Novedades

Plan de Atención

Recepción del paciente; Control y registro de signos vitales y saturación; Mantener en dieta hiperproteica, Deambulación 2 veces al día; Dispositivo intravenoso permeable; mantener vía periférica permeable, Administración de medicación prescrita; Brindar cuidados de higiene y confort. Comunicar novedades.

Hematología

Pendiente inicio corticoide oral

Indicaciones:

1. Alta por hematología

Informe de Enfermería

Paciente pediátrico de 10 años de edad permanece tranquilo consciente orientado en tiempo y espacio no presenta sangrado nasal, eliminaciones fisiológicas presentes, hemodinámicamente estable por lo que hematología procede al alta del paciente. Al momento pendiente disposición de pediatría.

Signos vitales

Temperatura: 35.9; Pulso: 87; Respiración: 20; Tensión Arterial: 95/58; Saturación: 95 %

16-2-18 EVOLUCIÓN

Control de signos vitales

Temperatura: 36.3; Pulso: 96; Respiración: 22; Tensión Arterial: 100/58; Saturación: 95 por ciento.

Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad en compañía de su familiar, permanece durante el turno tranquilo, activo, ambulatorio consciente orientado en tiempo y espacio facies pálidas, mucosas orales húmedas, con buena autonomía respiratoria, no se evidencia

presencia de sangrado nasal, abdomen suave, eliminaciones fisiológicas presentes, se brinda medidas de bioseguridad

Plan de Atención

Recepción del paciente; Control y registro de signos vitales y saturación; Mantener en dieta hiperproteica, Deambulación; Dispositivo intravenoso permeable; Administración de medicación prescrita; Brindar cuidados de higiene y confort, se comunica novedades.

ANÁLISIS

Paciente con hospitalización de 10 días en mejores condiciones por lo que se indica tratamiento ambulatorio *el tratamiento ambulatorio es aquel que requiere la visita del paciente a un establecimiento de atención por razones de diagnóstico o tratamiento* (Instituto Nacional del Cáncer , 2018). Con esta información se puede destacar que debido a la buena condición del paciente este es dada de alta por hematología y puede ser considerado como paciente ambulatorio, mismo que requiere la asistencia a centro sanitario para Biometría hemática diaria *que es un estudio de laboratorio que mide las cantidades y características (tamaño, forma y volumen) de los tres tipos de cuerpos que normalmente se encuentran en la sangre para determinar inconsistencias en el volumen de líquidos como deshidratación, pérdida de sangre, afecciones afines a la producción y destrucción de glóbulos rojos, infecciones, alergias y problemas de coagulación* (Salud&Medicina , 2017).

17-2-18 EVOLUCIÓN DIURNA

Paciente masculino de 10 años; Paciente al momento descansa tranquilo en compañía de su padre, consciente orientado afebril, hidratado con F. cardiaca 76 por minuto; F respiratoria 21 por minuto; saturación 92 por ciento; tensión 92/56, Nariz: presencia de tapón nasal empapado de sangre. Al momento presenta epistaxis de gran cantidad

Indicaciones:

Dieta para la edad; Control de signos vitales y presión arterial cada 6 horas; Reposo absoluto; Lactato Ringer 1000 mililitros intravenoso cada 24 horas; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada 24 horas; Prednisona 20 miligramos vía oral 6 de la mañana y

10 miligramos vía oral 2 de la tarde (*suspender*); Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas (día 7/10); Ordenes de hematología.

Plan de Atención

Recibir al paciente, control y registro de signos vitales más presión arterial cada 6 horas, mantener en reposo absoluto, mantener vía periférica permeable, administrar medicación pre escrita, cumplir con estándares de calidad y bioseguridad, vigilar sangrado nasal y cuantificar, reportar novedades.

Signos Vitales

TA: 92/56 mmHg; Frecuencia Cardiaca: 84; Frecuencia Respiración: 26, temperatura 36.5, saturación de Oxígeno 90%.

Nota Médica

Se realiza valoración posterior a la remoción de coagulo, de fosa nasal por su propios medios, inicio sangrado activo rojo rutilante, sin detenerse sangrado activo de aproximadamente 20 mililitros. Ayer plaquetas 22.000.

Signos Vitales: TA: 92/56 mmHg; Frecuencia Cardiaca: 84; Frecuencia Respiración: 26

Indicaciones

Solución al 0.9 por ciento pasar intravenoso en este momento 250 mililitros; Taponamiento nasal; Biometría hemática; Resto de indicaciones igual; Monitoreo hemodinámico continuo; Actualmente no contamos con paquetes plaquetarios en la institución

10:45 Hematología

Reinicia ciclo de metilprednisona IV Transfusión de concentrado Plaquetario 5

Indicaciones:

1. Metilprednisolona acetato 80 mg IV cada día por dos (16-17)
2. Concentrado plaquetas # 6 IV a goteo
3. Corticoide oral desde lunes 19 feb. 2018

Informe de Enfermería

Presenta epistaxis en la mañana se coloca tapón nasal aproximadamente a las 7 de la mañana lo cual se ha mantenido hasta el momento el mismo que se encuentra manchado de líquido hemático en moderada cantidad, paciente se mantiene en reposo absoluto, en posición fowler, decaído, facies pálidas Se transfunde 3 paquetes de plaquetas, al momento de transfusión no hay ninguna novedad, signos vitales dentro de sus parámetros normales antes durante y después, se cumple con estándares de bioseguridad,

ANÁLISIS

Paciente es nuevamente presenta epistaxis de gran cantidad por lo que se indica concentrado plaquetario, no obstante, al no disponerse en la institución se pone en grave riesgo la vida del paciente, pues *los trastornos sanguíneos con frecuencia presentan riesgo de hemorragia grave que de no ser atendida bajo protocolo es potencialmente mortal* (Wardrop, y otros, 2013). *Por lo tanto, es deber del personal de salud gestionar los recursos necesarios en pro de la salud del paciente y especialmente en circunstancias críticas.*

18-2-18 EVOLUCIÓN

Control de signos vitales

Temperatura: 36,1; Pulso: 104; Respiración: 26; Tensión Arterial: 11/60; Saturación: 92 por ciento.

Evolución Diurna

Paciente que concilia el sueño, sangrado nasal. Se pasaron 3 paquetes plaquetas pendiente transfundir 3 paquetes más

Indicaciones:

Reposo absoluto; Dispositivo intravenoso sin heparina; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada 24 horas; Metilprednisolona acetato 80 miligramos intramuscular al día (2/2); Lunes corticoide oral; Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada 8 horas (día 8/10); Ordenes de hematología

13:00 Nota

Paciente presenta sangrado nasal abundante por lo que se procede a cambiar tapón nasal que se decide colocar líquidos intravenosos. Se comunica novedades de paciente a médico tratante que sugiere realizar exámenes de laboratorio por persistencia de sangrado y administración de succinato de metilprednisolona

Indicaciones:

Tapón nasal en este momento; Lactato Ringer 500 mililitros intravenoso en 24 horas; Succinato de metilprednisolona 62 miligramos intravenoso en este momento; Biometría hemática en este momento; Comunicar novedades a medico hematólogo

18:00 Informe de Enfermería

Paciente masculino de 10 años permanece regulares condiciones generales, consciente, decaído, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, con presencia de tapón nasal manchado de líquido hemático, que a pesar de su presión, sangra en pequeñas cantidades por boca, abdomen suave depresible no distendido, refiere dolor a nivel de epigastrio, vía periférica permeable, se administra medicación, se comunica novedades a medico de turno, se administra metilprednisolona acetato intramuscular ya que la presentación no es vía intravenosa.

(20:00) Control de signos vitales

Temperatura: 36.8; Pulso: 124; Respiración: 25; Tensión Arterial: 101/54; Saturación: 88 por ciento.

ANÁLISIS

Paciente en iguales condiciones, presenta petequias en brazo izquierdo, en la evidencia teórica se indica que *son lesiones planas causadas por hemorragia de la piel que puede ocurrir a partir de vasos sanguíneos rotos que forman puntos rojos (petequias) patología relacionadas con la baja de plaquetas o procesos infecciosos* (Ares, Plaza, & García, 2015).

En este punto es importante considerar que el plan de atención de enfermería debe enfocarse también a la alteración en la piel (petequias) donde es necesario: *la revisión de exámenes de laboratorio, observar signos y síntomas de hemorragia grave (palidez, epistaxis, hematuria, hemorragia intracraneal, hipotensión, etc.), no administración de*

medicación intramuscular, examen y vigilancia de la piel para identificar el crecimiento y desarrollo de lesiones, mantener la piel caliente, limpia y seca, orientar al paciente sobre higiene oral, nasal y uso de medicamentos u otros agentes sobre la piel (Balladares & Cáceres, 2014).

19-2-18 EVOLUCIÓN DIURNA

Paciente masculino de 10 años de edad. Días de hospitalización 13. Paciente en regulares condiciones. Petequias en brazo izquierdo

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas; REPOSO ABSOLUTO; Dispositivo intravenoso sin heparina; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada 24 horas; Metilprednisolona suspender; Succinato de metilprednisolona diluido intravenoso lento 1 ampolla; NADA INTRAMUSCULAR; Ordenes de hematología.

Informe de Enfermería

Paciente en la mañana permanece estable afebril hidratado, con buena autonomía respiratoria, permanece con tapón nasal manchado en líquido hemático en moderada cantidad, no se cambia el mismo desde la mañana, en la noche no presenta sangrado, vía periférica permeable, recibe hidratación permanente se administra medicación prescrita, se brinda consejería y apoyo al familiar y paciente sobre los procedimientos efectuados.

20-2-18 Evolución Diurna

Paciente masculino de 10 años de edad. Al momento asintomático, paciente en condición clínica estable que presenta una evolución tórpida, con sangrados nasales recurrentes y con altibajos en los controles plaquetarios, con corticoterapia sistémica por vía oral, y en quien se añade además contajes leucocitarios bajos, por lo que al existir bicitopenia por parte de pediatría se sugiere realizar punción medular, en el caso de no poder realizar en esta casa médica, se debería realizar en un tercer nivel.

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación cada 6 horas; Dispositivo intravenoso sin heparina; Omeprazol 20 miligramos cada 24 horas; Evitar traumatismo; Pendiente resultados de biometría y frotis celular; Ordenes de hematología

Hematología

1. Prednisona 20 mg 1 tableta am hoy (misma hora)
2. Vitamina C 500 mg intravenosa cada 12 h
3. Prednisona 5 mg 2 tabs am hoy (misma hora)

Indicaciones:

1. Biometría hemática urgentes (ya realizada muestra)
2. Prednisolona 30 mg vo por la mañana
3. vitamina c 500 mg intravenoso c/12h

Informe de Enfermería

Paciente en condiciones regulares permanece decaído, consciente orientado facies pálidas, permanece en reposo relativo, se vigila signos de sangrado nasal, medico retira tapón nasal, y no hay signos de sangrado, se explica al familiar en este caso padre que el niño debe mantenerse en reposo absoluto y no realizar ningún tipo de esfuerzo físico y sus consecuencias en la salud del niño.

22-2-18 EVOLUCIÓN**Control de signos vitales**

Temperatura: 36.6; Pulso: 76; Respiración: 24; Tensión Arterial: 105/61; Saturación: 94 por ciento

Evolución Diurna

Paciente de sexo masculino, descansa, tranquilo en compañía de su familiar afebril, hidratado sin tapón nasal no se evidencia sangrado nasal con dispositivo intravenoso

permeable, recibe la medicación prescrita con exámenes completos, se mantiene en reposo absoluto

Indicaciones Médicas

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación cada 6 horas; Dispositivo intravenoso sin heparina; REPOSO ABSOLUTO; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada 24 horas; Albendazol 400 miligramos vía oral ahora 22-2-18; Metronidazol 220 miligramos vía oral después de cada comida (23-2-18); Actualización de historia clínica por médico residente; Ordenes de hematología; Novedades

Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino permanece tranquilo decaído en compañía de su familiar consciente orientado, facies pálidas, sin tapón nasal y no se evidencia epistaxis, permanece en reposo absoluto, con dispositivo endovenoso sin heparina permeable, se administra la medicación pre escrita sin novedad, con eliminación fisiológica presente, se brinda cuidados de enfermería y se brinda consejería acerca de la necesidad de trasladar al niño a un hospital de tercer nivel dada la complejidad de la patología que presenta y el compromiso vital

Plan de Atención de Enfermería

Recepción del paciente; Toma y registro de signos vitales; Mantener en reposo absoluto; Mantener dispositivo intravenoso permeable; Administrar y registrar medicación; Brindar medidas de seguridad y confort; Mantener familiar permanente; Valoración por otorrinología; Mantener barandales elevadas; no se evidencia sangrado nasal, , Reportar novedades

Nota medica:

Se realiza una conversación médica sobre la evolución clínica del paciente y se le expresa la preocupación por parte del servicio de pediatría sobre la evolución tórpida de la patología del niño considerando que existe la necesidad de realizar punción medular que no puede realizarse en esta unidad de salud debido a la falta de insumo médico, razón por la que se considera una transferencia.

Indicaciones:

1. Tramitar referencia a tercer nivel

13.00h Hematología

Familiar solicita continuar hospitalizado en establecimiento en HPL.

Indicaciones:

1. Prednisona 30 mg vía oral una vez al día
2. Biometría H. rutina

13h 00 Nota

Padre del paciente Oswaldo Pastuña Chiguano con c.c. 050283243-9 refiere que no desea transferido a hospital de 3er nivel A pesar de que el personal de salud le explica acerca de la enfermedad y las posibles complicaciones. Enmiendo de la toda responsabilidad al personal salud.

ANÁLISIS

Paciente con evolución tórpida, con sangrados nasales recurrentes y con altibajos en los controles plaquetarios y al existir bicitopenia, se sugiere punción medular. En la literatura se expresa que *la bicitopenia o también denominada pancitopenia se refiere a la afectación de dos de las tres líneas celulares (serie blanca, roja y plaquetas), pues ello puede ser indicador de procesos infecciosos graves o enfermedad hemato-oncológica* (Servioli, Facal, Cansani, Maciel, & Fernández, 2014). Por lo expuesto se asume que el accionar medico fue adecuado pues se sugiere una punción medular *la punción medular es una prueba diagnóstica para determinar infecciones bacterianas, virales graves, sangrado alrededor del cerebro, determinados tipos de cáncer o enfermedades inflamatorias del sistema nervioso* (Mayo Clinic , 2018).

23-2-18 INDICACIONES MÉDICAS

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas; Dispositivo intravenoso sin heparina; REPOSO ABSOLUTO; Omeprazol 20 miligramos intravenoso cada 24 horas Metronidazol 220 miligramos vía oral después de cada comida (1 día); Albendazol; Pendiente resultados de Ecografía; Actualización de Historia clínica por residente; Ordenes de hematología; Interconsulta por odontología

8:20 Hematología

Paciente que presenta respuesta parcial no percibe corticoterapia; bolos I.V., actualmente vía oral. Plaquetas que están entre 65.000(18-2-18); 50.000 (21-2-18); Se retiró tapón nasal el día 21-2.18 sin presentar sangrado nasal; No se ha presentado nueva biometría que demuestre pancitopenia. Los valores de leucocitos y serie roja presentan en varias mediciones normalidad; Paciente es portador de trombocitopenia idiopática actualmente en resolución parcial

Indicaciones:

1. Prednisona 30 mg vía oral cada día

Informe de Enfermería

Paciente de 10 años de edad, consciente afebril, hidratado, con vía periférica permeable, se mantiene en reposo absoluto, se administra medicación prescrita, realiza evaluaciones fisiológicas de forma adecuada y monitorización. Al momento paciente en condiciones estables, no presenta epistaxis. Frecuencia cardiaca 82 por minuto. Frecuencia respiratoria 18 por minuto. Saturación de oxígeno 90 por ciento. Presión arterial 92/65. Temperatura 36

27-2-18 HEMATOLOGÍA

Preparar transfusión de concentrados plaquetarios # 6

Indicaciones:

1. Prednisona 30 mg vía oral cada mañana
2. Solicitar concentrado plaquetarios previo procedimiento

Informe de Enfermería

Paciente de 10 años de edad en compañía de su padre permanece tranquilo decaído, facies pálidas, no se evidencia sangrado nasal, eliminación fisiológica presente, vía periférica permeable, se administra concentrado plaquetario bajo normas de bioseguridad y monitorización de signos vitales y saturación de oxígeno antes durante y después sin presentar novedad alguna, se brinda cuidados de enfermería y se cumple con estándares de seguridad y confort.

ANÁLISIS

Paciente es portador de trombocitopenia idiopática, en la literatura se expresa que *la Purpura trombocitopénica idiopática es un trastorno que puede provocar exceso de hematomas y sangrado y este debido a niveles bajos de plaquetas cuya causa en niños se da posterior a una infección viral* (Mayo Clinic , 2017), con la información expuesta se puede entender que el sangrado del paciente se debe al bajo número de plaquetas (función coagulación), por esto resulta adecuada la indicación de evaluación fisiológica y monitorización *con lo que se pueda identificar controlar alteraciones en el paciente* (Clínica de especialidades Médicas DAM, 2018).

28-2-18 NOTA MÉDICA

Se le comunica a padre que paciente presenta purpura refractaria a tratamiento con corticoide, al momento en trámite la adquisición de inmunoglobulina Anti D. Se le recalca a padre la necesidad de referir a un tercer nivel a niño, ante posibilidad de realizar punción medular sin embargo padre manifiesta que no desea.

21:30 Evolución Noche

Se comunica por vía telefónica con Dr. tratante que en horas de tarde realizó extracción de líquido sanguíneo para control de plaquetas las mismas que llevaría a realizarlas fuera de la institución hospitalaria, refirió Médico Hematólogo el conteo plaquetario fue 14.000 plaquetas. Al momento paciente estable no presenta sangrado, afebril, hidratado

29-3-18 07:00 EVOLUCIÓN DIURNA PEDIATRIA

Paciente masculino de 10 años de edad - Días hospitalizados 25. Diagnóstico: Trombocitopenia – Parasitosis

Indicaciones:

Dieta hiperproteica; Control de signos vitales y saturación cada 6 horas; REPOSO ABSOLUTO; Evitar TRAUMATISMOS; Omeprazol 20 miligramos solido oral cada 24 horas; Metronidazol suspender; Ordenes de hematología (prednisona 30 miligramos vía oral cada día en la mañana).

30-3-18 NOTA MÉDICA

5:30: Paciente que sin motivo alguno nos refiere familiar inicio sangrado nasal derecho en moderada cantidad, se procede a colocar tapón nasal e inmediatamente sangra fosa nasal izquierda, con sangrado aproximado de 150 mililitros, pese al tapón sigue con sangrado pero escaso por lo que se decide colocar vía periférica y exámenes de control.

Indicaciones:

Solución salina 0,9 por ciento pasar 200 mililitros endovenoso en este momento y de mantenimiento; Omeprazol 20 miligramos endovenoso en este momento y luego seguir con indicación vía oral; No tocar tapón nasal; Novedades

06:00 Control de Signos Vitales

Temperatura: 36,1; Pulso: 124; Respiración: 25; Tensión Arterial: 98/60; Saturación: 92 por ciento.

06:30 Informe de Enfermería

Paciente de 10 años de edad sexo masculino en compañía de su familiar, permanece tranquilo consciente orientado en tiempo y espacio facies pálidas con buena autonomía respiratoria buena tolerancia oral, mucosas orales húmedas abdomen suave depresible no doloroso a la palpación se brinda su medicación sin novedad se brinda cuidados de enfermería *NOTA*, Presenta epistaxis de aproximadamente 150 mililitros sin razón alguna por lo cual se canaliza vía periférica y se pasa un bolo de 200 mililitros, se comunica a medico de turno.

07:00 Evolución Diurna

Paciente que presenta sangrado nasal bilateral abundante cantidad rojo rutilante más dolor de cabeza, irritable al manejo, se evidencia tapón nasal manchado con restos hemáticos y coágulos en fosa nasal izquierda.

08:00 Nota Pediátrica

Paciente que al momento se encuentra en condiciones regulares con sangrado activo de fosas nasales bilateral, rojo rutilante. Se realiza colación de tapón nasal izquierdo con agua oxigenada pero sangrado no para. Además de compensa con líquidos intravenosos

Tensión Arterial: 98/50; Frecuencia Cardíaca: 110 x` ; Frecuencia respiratoria: 22x` ; Saturación de oxígeno 95 por ciento ambiente

9:00 Paciente en condiciones clínicas de sumo cuidado con sangrado nasal profuso, rojo rutilante con coágulos abundante cantidad que no cede al taponamiento nasal, desde aproximadamente 5:30 am, inicio de forma súbita sangrado nasal, hasta ahora las perdidas han sido de aproximadamente 400 mililitros, paciente con taquicardia, hipotenso, sudoroso, piel, pálida, llenado capilar lento, con signos de shock hipovolémico, actualmente con plaquetas 25.000 sin embargo por lo intenso del sangrado, pareciera sus plaquetas de mala veracidad.

Se comunica con Hematólogo tratante y sugiere pasar concentrado globular 3 paquetes y solución 4 paquetes más e incluir metilprednisolona a razón de 50 mg.kg.dosis y de ser necesario autoriza, la transferencia a otro centro de 3 nivel.

En vista el cuadro clínico que pone en riesgo la vida del paciente una vez más se le insiste al padre la necesidad de trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad, se le explica el riesgo vital, en vista de persistir el sangrado, caso contrario se recurrirá a contactar al DINAPEN. Se solicita una firma donde acepta que se le ha notificado del riesgo vital de su hijo.

Indicaciones:

Concentrado globular 160 mililitros intravenoso en este momento; Paquetes plaquetarios 3 unidades intravenoso pasar en este momento; Metilprednisona succinato 450 miligramos intravenoso en este momento; Solución Ringer lactato 250 mililitros intravenoso en este momento; Hidratación mantenimiento 1400 mililitros intravenoso cada 24 horas al 0.9 por ciento; Monitoreo hemodinámico continuo; Vigilar y medir sangrado nasal; Omeprazol 20 miligramos intravenoso orden diario; Resto mantener indicaciones

09:05 Informe de Enfermería

Por indicación médica se inicia la transfusión de concentrado plaquetario, paciente consciente orientado facies pálidas edema palpebral con tapón nasal manchado de líquido hemático en abundante cantidad epistaxis que no sede, vía periférica hidratándose con Lactato Ringer, se canaliza vía para transfusión de paquetes. Mismo que se le administran y no presentan signos adversos. **10:05** Se inicia la transfusión de concentrado globular, por indicación médica se mantiene monitorización continua sigue pasando paquete, paciente que siguiendo proceso se va de transferencia al Hospital Baca Ortiz.

11:50 Informe de Enfermería

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad Hemodinamicamente inestable, facies pálidas, tapón nasal manchado de líquido hemático, mucosas orales secas con buena autonomía respiratoria se mantiene en nada por vía oral, vía periférica permeable, recibiendo Lactato Ringer, se administra concentrado plaquetario y globular sigue pasando, se indica a doctora residente para que le retire cuando se termine de transfundir el concentrado, se comunica novedades. Se brinda cuidado de higiene y confort

14:20 Nota Pediátrica

Se recibe información vía telefónica de recibimiento de paciente en Hospital Baca Ortiz sin novedades.

ANÁLISIS

Paciente en malas condiciones de salud presenta signos de shock hipovolémico, *el shock hipovolémico es un trastorno en el cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer la demanda de los tejidos, a pesar de la intervención de mecanismos compensadores, este trastorno es un fracaso del sistema circulatorio que produce la muerte rápidamente* (López, et al., 2018). Con la clínica del paciente es adecuada la indicación de traslado a casa asistencial de tercer nivel y además el accionar del personal de enfermería en educar a los familiares del paciente sobre la condición del paciente y la necesidad de su traslado.

3-3-18 TRANSFERENCIA HOSPITALARIA

Debido a la complicación del caso clínico se decide traslado al Hospital Baca Ortiz de la ciudad de Quito para pruebas y tratamiento específico.

La información que se presenta a continuación sobre el caso del paciente fue tomada a base de la epicrisis de la institución antes mencionada:

INGRESO:

Peso: 22 kg

Talla: 120.5 centímetros

I.M.C.: 15.15 Delgadez severa

EGRESO:

Peso: 21 kg

Talla: 120.5 centímetros

I.M.C.: 14.46 Delgadez severa

Paciente que ingresa con cuadro de trombocitopenia en estudio, por presencia de epistaxis que no cedía fue valorado por especialidad de otorrinolaringología en el área de emergencia, por lo cual se aplicó tapones nasales reabsorbibles, además fue valorado por especialidad de hematología el 6-3-18 que por presencia de valores encontrados en biometría se realizó aspirado medular con hallazgos compatibles con deficiencia de Vitamina B12 y/o Ácido fólico, por lo cual se solicitó exámenes complementarios de laboratorio y se inició administración de ácido fólico vía oral y complejo B intravenoso

12-3-18 paciente hemodinámicamente estable, sin presentar signos de sangrado importante, continúa recibiendo tratamiento prescrito por hematología. **13-3-18** presenta picos febriles y al examen físico signos de inflamación e infección en dorso de mano derecha, compatible con flebitis por lo que inicio antibioticoterapia en base a Oxacilina (200 miligramos/kilo/día) con adecuada respuesta a medicamento pues picos febriles cedieron.

15-3-18 Paciente hemodinámicamente estable, se realiza control de biometría hemática con presencia de anemia y trombocitopenia severas por lo cual se transfunde concentrado globular y por indicación de hematología se administra vía intravenosa inmunoglobulina humana, sin presentar efectos secundarios.

ANÁLISIS

Paciente ingresa a casa asistencial de tercer nivel donde es valorado y se reporta deficiencia de Vitamina B12 y/o Ácido fólico y en biometría hemática se evidencia anemia

y trombocitopenia severas, *la anemia severa es una alteración en la composición sanguínea en la cual se presenta una reducción de los glóbulos rojos que condicionan una baja concentración de hemoglobina, proteína de la sangre cuya función es transportar oxígeno hacia el cuerpo para funcionar con normalidad* (Revista Cell, 2016). *La trombocitopenia es una disminución del número de plaquetas cuya consecuencia es el aumento del riesgo de sangrado que suele aparecer cuando la médula ósea produce una escasa cantidad de plaquetas o cuando estas se destruyen o acumulan en el interior del bazo aumentando su tamaño* (Kuter, 2018). Así se puede aludir que debido a la condición del paciente es adecuado el hecho de transfundir paquete globular e inmunoglobulina para sustituir las pérdidas.

En este punto es sustancial que el personal de enfermería atienda, asista y emita informe de novedades ante cualquier cambio en el estado de salud del paciente, al ser un paciente crónico y cuyo diagnóstico definitivo aún no ha sido determinado.

19-3-18 Servicio de oncohematología

Al no existir respuesta hematológica se decide realizar nueva evaluación de medula ósea a través de aspirado y biopsia de medula ósea y continuar con ácido tranexámico como tratamiento sintomático.

21-3-18

Se realiza biopsia medular y segundo aspirado medular en este último no se encuentra infiltración tumoral, persisten los cambios megaloblásticos, aunque de forma ligera y llamo la atención alteración del sistema megacariopoyético.

ANÁLISIS

Paciente que tras evaluación medular no reporta infiltración tumoral pero que llama la atención la alteración del sistema megacariopoyético, en la evidencia teórica se expresa que *la megacariopoyesis o trombopoyesis es una enfermedad autoinmune variable en la que se produce una destrucción acelerada mediada por anticuerpos y una producción inadecuada de plaquetas* (Dita, Consuegra, & Geroy, 2013).

En este punto se puede aludir la gravedad del paciente, por lo que es recomendable que el personal de enfermería a más de asistir los procedimientos médicos inicie con *educación*

familiar sobre el proceso de enfermedad, sus implicaciones, los tratamientos, pronóstico esperado, posibles efectos colaterales o potenciales, con la finalidad de efectuar un cambio en los dominios cognitivos, afectivos así como en la dinámica familiar (Revista Médica Electrónica Portales Médicos , 2013).

23-03-18

Se discute diagnóstico de una hipoplasia medular versus una mielodisplasia ambas situaciones de evolución crónica y respuesta a los tratamientos disponibles es escasa e individual por lo que su pronóstico es reservado

ANÁLISIS

Paciente que tras varios criterios médicos por sintomatología emiten diagnósticos presuntivos en base a epistaxis de hipoplasia medular y mielodisplasia, en la revisión documental se indica que *la hipoplasia medular es la disminución absoluta del tejido hematopoyético, se agotan las células bien diferenciadas y la cavidad medular es ocupada por el tejido adiposo* (Milovic, Ramos, & Touñiet, 2017).

Por otra parte, *la mielodisplasia es un grupo de trastornos sanguíneos caracterizado por la incapacidad de las células de la médula ósea de desarrollarse en células sanguíneas maduras y funcionales, una de las principales complicaciones de la mielodisplasia es su transformación en leucemia* (Pinheiro, 2018).

En cualquiera de los dos casos, el paciente tiene un riesgo potencial por lo que resulta acertado acudir a medios de soporte y ayuda social previo al alta hospitalaria por las condiciones socioeconómicas de la familia.

24-3-2018 Indicaciones de Oncohematología

Ácido fólico 5 miligramos vía oral cada día iniciando 12-3-18 suspendido el día 15-3-18, Complejo B 3 mililitros intravenoso cada día iniciando 12-3-18 suspendido el día 15-3-18, Ácido tranexámico 250 miligramos intravenoso cada 8 horas y por razones necesarias, Transfundir dos concentrados plaquetarios por razones necesarios, Loratadina 5 miligramos vía oral en este momento 15-3-18, Hidrocortisona 50 miligramos endovenoso 30 minutos antes de la administración de la inmunoglobulina (15-3-18), Inmunoglobulina

humana 18 gramos endovenoso en 6 horas (15-3-18), Transfundir 230 miligramos de glóbulos rojos endovenoso pasar en 2 horas (15-3-18)

29-03-18 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONÓSTICO

Diagnóstico de egreso hospitalario: Síndrome Mielodisplásico sin otra especificación

Paciente hemodinámicamente estable, en buenas condiciones al alta. Manejo: Ambulatorio
Actividades: no realizar actividades extenuantes, mantener reposo absoluto hasta la consulta. Dieta: para la edad. Tratamiento: ácido tranexámico 250 miligramos vía oral cada 8 horas hasta el 29-3-18, prednisona 40 miligramos vía oral cada día, hasta el 29-3-18, omeprazol 20 miligramos vía oral cada día hora sueño hasta el control 29-3-18. Seguimiento: por consulta Oncohematología 29-3-18.

ANÁLISIS

Paciente en el que se descartan otros síndromes hemáticos y se confirma el diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico y tras tres meses de hospitalización es dado de alta en condiciones estables pero se requiere seguimiento puesto que *el síndrome Mielodisplásico reduce la producción de cualquier tipo de célula sanguínea y como resultado de ello los pacientes tienden a desarrollar sangrados difíciles de detener (por escasas de plaquetas, anemia (escasas de glóbulos rojos) e infecciones (escasas de glóbulos blancos), además que el 30% de pacientes con este síndrome progresa y se transforma en leucemia. Por lo que su tratamiento incluye transfusiones de sangre y plaquetas, administración antibiótica, quimioterapia, aunque la más eficaz es el alotrasplante de células madre de la médula ósea* (Jude Childrens Research Hospital , 2018).

Otro aspecto por tomar en cuenta es que *el alta hospitalaria debe ser emitida cuando se haya producido una mejora clínica, cuando exista estabilidad clínica, que el paciente sea capaz de poder controlar su enfermedad en el domicilio y que su entorno familiar este lo suficientemente capacitado para su cuidado o* (López, Leonel, Córdoba, & Campos, 2014). Por lo tanto, es deber del personal de enfermería educar al paciente y su familia para el cuidado domiciliario y más aún cuando se trata de una patología oncológica, donde la orientación y educación al núcleo familiar es fundamental para asegurar la mejoría del paciente y una buena calidad de vida.

3.2 Recopilación y descripción de las fuentes de información no disponibles

Para complementar la información recolectada de la historia clínica se aplicó la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon:

I PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Patrón aplicado para conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar. Se incluye estilos de vida, prácticas de promoción de salud y prevención de riesgos (Gordon, 2007).

Paciente que creció sin ninguna complicación de salud, no obstante, refiere no recordar haber completado inmunizaciones, la familia en general acude con poca regularidad a controles de salud debido a la localización de su domicilio por lo que la atención sanitaria no es su primera opción, sino que se opta por medicina alternativa.

II NUTRICIONAL -METABÓLICO

Patrón aplicado para conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas. Se incluyen aspectos como el consumo de alimentos, medidas antropométricas, patrón de alimentación, estado de piel, membranas mucosas y dientes (Gordon, 2007).

Paciente que se alimenta tres veces al día, comúnmente con: arroz de cebada, coladas de machica, quinua, maicena, papas, fideos, zanahoria, fruta. Su horario de desayuno a las 8 am (café, machica o sopa), almuerzo a las 12:30 (cuando van a trabajar en la agricultura únicamente llevan su tonga); sopa, arroz, carne de borrego es lo que más consumen es muy raro la carne de res, el pollo o el pescado, la merienda es a las 5 o 6 de la tarde una comida liviana. Paciente consumen frutas cada 15 días cuando bajan al centro de Zumbahua, y sobre todo cuando su padre reúne dinero.

El problema nutricional del paciente radica en que no tiene una adecuada y balanceada nutrición.

III ELIMINACIÓN

Patrón aplicado para conocer los patrones de la función excretora del paciente. Se incluyen aspectos como eliminación intestinal, vesical de la piel. (Gordon, 2007).

Paciente que controla esfínteres, presenta diuresis 3 veces al día; deposición 1 vez al día de características normales. No se presenta problemas para eliminación.

Tras la valoración de la piel, esta se muestra reseca sobre todo a nivel de extremidades, pues no se toman medidas de hidratación de esta.

IV ACTIVIDAD-EJERCICIO

Patrón aplicado para conocer la actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Se incluyen actividades de vida diaria, cantidad de ejercicio y tipo, actividad recreativa además de factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas (Gordon, 2007).

Antes de la patología el paciente era dinámico, realizaba actividades como, cuidar a sus animales domésticos, lavar los platos, cortar hierva, estudiaba con normalidad, realizaba actividades recreativas en su escuela junto a sus compañeros de aula, además de mantener una buena relación con sus 4 hermanos pues el infante

Tras el alta hospitalaria el paciente pasa solo en su casa, en reposo, ya que por indicación médica debe permanecer así, caso contrario podría activarse el sangrado nasal, razón por la cual ha dejado atrás sus actividades, además que esto ha ocasionado que este se muestre tímido, triste y con falta de ánimo.

V DESCANSO-SUEÑO

Patrón aplicado para conocer los patrones de sueño, reposo y relajación. Se incluyen aspectos como la cantidad y calidad de sueño y reposo, ayudas o asistencias para conciliar el sueño o lograr descanso (Gordon, 2007).

Paciente duerme aproximadamente 7 a 8 horas diarias, descansa tranquilo sin problemas para dormir Paciente refiere no hacer uso de ninguna ayuda para dormir.

Debido a la patología, intervenciones, tratamiento y descanso prolongado, durante hospitalización y el hogar, el paciente muestra un sueño irrumpido durante la noche por lo que tiene períodos de sueño durante el día.

VI COGNITIVO-PERCEPTIVO

Patrón aplicado para conocer los patrones sensitivo, perceptuales y cognitivos del paciente. Se incluyen aspectos como la situación de los sentidos sensoriales (Gordon, 2007).

Antes de la hospitalización sus sentidos funcionaban correctamente, pero actualmente el paciente tiene problemas en su visión, se evidencia que no puede leer, ni observar adecuadamente a cierta distancia, sus demás sentidos se encuentran normales.

VII AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Patrón aplicado para conocer la percepción del estado de ánimo. Incluye aspectos como la actitud de la persona hacia sí mismo y hacia su valía, la imagen corporal y patrón emocional, patrón de comunicación no verbal, postura y movimiento (Gordon, 2007).

Paciente se muestra temeroso, con baja autoestima, muestra profunda tristeza por su condición de salud y como ello ha limitado el cumplimiento de sus sueños, además que no puede disfrutar de los juegos y actividades de su edad. Paciente poco comunicativo, se mantiene sentado y agachado, además de mantener su mirada triste; paciente muy cerrado al momento de comunicarse.

VIII ROL RELACIONES

Patrón aplicado para conocer el tipo de relación que el paciente tiene con entorno, se incluyen aspectos como percepción de las responsabilidades de su rol, satisfacción familiar, trabajo, relaciones (Gordon, 2007).

Paciente mantiene buena relación familiar, muy unidos. El niño tuvo que dejar la escuela por motivos de salud, además que en dicho establecimiento educativo ya no le quieren

recibir, por el tiempo de ausencia y su enfermedad, por lo que no mantiene relaciones con sus compañeros ni amigos.

El paciente ni su entorno familiar mantiene relaciones sociales cercanas pues por la localización de su domicilio es difícil mantenerlas con el resto de familia, vecinos y amigos, por lo que la comunicación tan sólo es intrafamiliar, este aspecto fue de gran importancia pues debido a que esta familia no mantiene relación con otros los progenitores del menor se negaban a transferir al paciente a casa asistencial de tercer nivel.

IX SEXUALIDAD: No aplica

X TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón aplicado para para conocer la adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad respecto a la tolerancia al estrés. Se incluye la capacidad o resistencia que tiene la persona ante el estrés, sistemas de soporte y ayuda, además del manejo de situaciones altamente estresantes (Gordon, 2007).

El entorno familiar no logra asumir con facilidad situaciones estresantes (aspectos relacionados con la patología) por lo que ante estas situaciones de presión reaccionan con tristeza, miedo y frustración.

El medico informó que el paciente tiene una posibilidad de vida de 1 año, razón por la cual su madre ha enfermado y ello ha ocasionado un ambiente hostil en el hogar.

XI VALORES -CREENCIAS

Patrón aplicado para conocer los valores y creencias espirituales o religiosas que infieren en la adopción de decisiones. Se incluyen aspectos como: percepción de las cosas importantes de la vida, de la calidad de vida, creencias importantes, expectativas relacionadas con la salud (Gordon, 2007).

La familia se mantiene unida a pesar de su enfermedad, hospitalización y cambio en el estilo de vida. Su calidad de vida no cumple con las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas. Su creencia es católica, practican mucho el respeto, humildad, responsabilidad, educación.

IV DESARROLLO

4.1 Descripción cronológica detallada del caso

09-01-18: Padre refiere que hace aproximadamente 15 días paciente presenta sangrado nasal de cantidad abundante teniendo como causa aparente un golpe en escritorio de madera, además refiere aparición de equimosis en extremidades y tórax, acude a centro de salud de Zumbahua donde se coloca tapón nasal y al no ceder sangrado es transferido al Hospital de Latacunga, realizan exámenes de laboratorio evidenciando Pancitopenia (Plaquetas 8000, Leucocitos 4800, Hematocrito 22.8, hemoglobina 7.5) presencia de sangrado activo no cede a maniobras compresivas ni a colocación de tapón nasal aproximadamente sangra 2 horas perdiendo 400 mililitros, se reponen pérdidas con solución salina al 0.9%, se coloca tapón nasal con ácido tranexámico, no es posible la transfusión de plaquetas ya que no se dispone en Banco de SANGRE DE DICHA CASA DE Salud por lo que es Transferido al Hospital Docente de Ambato con una hemoglobina de 4, hematocrito 15%, plaquetas 3000, permanece hospitalizado por 9 días, se realiza transfusión sanguínea y se inicia tratamiento con corticoide se desconoce dosis. Paciente es manejado bajo Diagnóstico Presuntivo: Epistaxis – Trombocitopenia. **06-2-18:** Paciente de 10 años de edad sexo masculino, al momento consciente, orientado con buena autonomía respiratoria, con vía periférica permeable. Signos vitales: pulso 113, temperatura 35.5; respiración 24, saturación 93%, presión arterial 84/35 se indica mantener en reposo absoluto y administrar paquete globular. **7 al 8-2-18** Paciente con epistaxis desde 30 días al momento Hemoglobina 6.30: hematocrito 3000 / mm³. Paciente con tapón nasal sin hemorragia activa, con plan Terapia transfusional .plaquetas que tarda por carencia en centros asistenciales aledaños por lo que se procede con concentrado globular. **09-2-18** Paciente de sexo masculino permanece en compañía de su familiar, afebril, hidratado, con autonomía respiratoria, durante la tarde recibe visita del hematólogo le retira tapón nasal no se evidencia sangrado, permanece en reposo absoluto. **15-2-18:** Paciente al momento en compañía de su padre, no refiere ninguna molestia, aparentemente estable (Temperatura: 36.3; Pulso: 107; Respiración: 22; Tensión Arterial: 100/58; Saturación: 95 por ciento) por lo que se procede a alta por hematología. **16-2-18** Presenta epistaxis en la mañana se coloca tapón nasal aproximadamente a las 7 de la mañana lo cual se ha mantenido hasta el momento el mismo que se encuentra manchado de líquido hemático en moderada cantidad, TA: 92/56 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 84; Frecuencia Respiración: 26. **17-2-18** Paciente presenta sangrado nasal abundante por lo que se coloca tapón nasal, se pasaron 3 paquetes plaquetas pendiente transfundir 3 paquetes más. **18-2-18** Paciente en regulares condiciones. Petequias en brazo izquierdo. **20-2-18:** Paciente en condiciones clínica estable que presenta

una evolución tórpida, con sangrados nasales recurrentes y con altibajos en los controles plaquetarios. Al momento con corticoterapia y contajes leucocitarios bajos, por lo que se sugiere realizar punción medular, en centro asistencial de tercer nivel. **22-2-18** Se tramitar referencia a tercer nivel pero existe objeción de familiares. **23-2-18** Se retiró tapón nasal el día 21-2-18 sin presentar sangrado nasal; No se ha presentado nueva biometría que demuestre pancitopenia. Los valores de leucocitos y serie roja presentan en varias mediciones normalidad; paciente es portador de trombocitopenia idiopática actualmente en resolución parcial. **28-2-18:** Se le recalca a padre la necesidad de referir a un tercer nivel a niño, ante posibilidad de realizar punción medular sin embargo padre manifiesta que no desea. **2-3-18** Paciente en condiciones clínicas de sumo cuidado con sangrado nasal profuso, rojo rutilante con coágulos abundante cantidad que no cede al taponamiento nasal, las perdidas han sido de aproximadamente 400 mililitros, paciente con taquicardia, hipotenso, sudoroso, piel, pálida, llenado capilar lento, con signos de shock hipovolémico. Se inicia la transfusión de concentrado globular, por indicación médica se mantiene monitorización continua sigue pasando paquete, paciente que siguiendo proceso se va de transferencia al Hospital Baca Ortiz. Paciente que ingresa con cuadro de trombocitopenia en estudio, por presencia de epistaxis que no cedía fue valorado por especialidad de otorrinolaringología en el área de emergencia, por lo cual se aplicó tapones nasales reabsorbibles, con lo cual cedió el sangrado, fue valorado por especialidad de hematología el 6-3-18 que por presencia de valores encontrados en biometría con Pancitopenia realizo aspirado medular con hallazgos compatibles con deficiencia de Vitamina B12 y/o Ácido fólico, por lo cual se solicitó exámenes complementarios de laboratorio y se inició administración de ácido fólico vía oral y complejo B intravenoso. **12-3-18** paciente hemodinámicamente estable, sin presentar signos de sangrado importante, continua recibiendo tratamiento prescrito por hematología 13-3-18 presenta picos febriles y al examen físico signos de inflamación e infección en dorso de mano derecha, compatible con flebitis por lo que inicio antibioticoterapia. **15-3-18** Paciente hemodinámicamente estable, se realiza control de biometría hemática con presencia de anemia y trombocitopenia severas por lo cual se transfunde concentrado globular y por indicación de hematología se administra vía intravenosa inmunoglobulina humana, sin presentar efectos secundarios. **21-3-18** Se realiza biopsia medular y segundo aspirado medular en este último no se encuentra infiltración tumoral, persisten los cambios megaloblásticos aunque de forma ligera y llamo la atención alteración del sistema megacariopoyetico. **23-03-18** se discute en el colectivo de hematología en donde se plantean las posibilidades diagnosticas del paciente de

hipoplasia medular versus una mielodisplasia ambas situaciones de evolución crónica y respuesta a los tratamientos disponibles es escasa e individual por lo que su pronóstico es reservado. En las últimas 24 horas no se ha presentado nueva hemorragia luego del taponamiento nasal, el paciente tiene buen estado general, tiene tratamiento sintomático e iniciara hoy nuevamente esteroides orales como tratamiento específico. **29-03-18** Tras valoraciones se concluye diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico sin otra especificación y se decide manejo ambulatorio con seguimiento por Oncohematología.

4.2 Descripción de factores de riesgo

BIOLÓGICOS

Sexo

Los síndromes mielodisplásicos constituyen un grupo de neoplasias mieloides malignas caracterizadas por una o más citopenias en la sangre periférica, son más comunes en hombre que en mujeres y en personas de raza blanca (Instituto Nacional del Cáncer , 2018).

Por lo expuesto se puede asumir que el sexo (masculino) y la raza del paciente fueron factores de riesgo para la posible aparición de la patología.

Genética

Antes de que una persona desarrolle síndromes mielodisplásicos generalmente se necesitan mutaciones en varios genes dentro de las células de la médula ósea, algunos de estos cambios se pueden heredar de uno de los padres, aunque con mayor frecuencia se presentan durante la vida de una persona (American Cancer Society, 2018).

Debido a que el paciente desarrolló la patología sin otros factores de riesgo u otra causa aparente, el síndrome mielodisplásico fue asumido como genético, es decir por alteración celular.

AMBIENTALES

Los posibles factores ambientales de riesgo para los síndromes mielodisplásicos incluyen la exposición a elementos como el humo del tabaco, radiación ionizante, sustancias

químicas, metales pesados, herbicidas, plaguicidas, polvos de piedras y cereales, gases de escapes y motores, explosivos nitrorgánicos, derivados del petróleo etc. (Instituto Nacional del Cáncer , 2018)

De acuerdo a la revisión de la historia clínica y entrevista al entorno familiar ninguno de los factores antes expuestos fue desencadenante de la patología.

4.3 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

Oportunidad de consulta

Debido a la condición del paciente este requirió asistencia especializada en varias casas de salud, que fueron desde el centro de salud hasta hospital de tercer nivel, este proceso tomó varios días entre uno y otro debido a la falta de respuesta para aceptar transferencias, pero debido a la condición del paciente, este proceso se aceleró en la medida de lo posible.

Acceso y dificultades geográficas de orden público

La localización geográfica donde el paciente habita fue un gran inconveniente para que el mismo pueda recibir atención médica oportuna, pues la localidad de Zumbahua se ubica al oeste del cantón Pujilí en Cotopaxi donde no existen establecimientos médicos cercanos y el Centro de salud local no es una unidad completa por lo que ante cualquier complicación las personas deben trasladarse hacia Latacunga o Quito.

Características de la atención

La atención de salud de primer y segundo nivel fue regular pues pese a que se atendió al paciente este no fue diagnosticado y tratado completamente por el síndrome mielodisplásico y al no contarse con los recursos tuvo que ser remitido a otra casa de salud. Además, que durante la hospitalización no se contó con todos los medios para diagnóstico, varios medicamentos tuvieron que comprarse porque la unidad de salud no contaba con los mismos y no se contó con paquetes plaquetarios suficiente tanto en la institución como en la Cruz roja de las ciudades aledañas lo que puso en riesgo la vida del paciente.

4.4 Identificación de puntos críticos

Tabla 1 Puntos críticos

Aspecto Hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de recursos (medicamentos) • Falta de concentrados plaquetarios
Piel	<ul style="list-style-type: none"> • Equimosis • Petequias • Deshidratación • Inflamación -mano
Alteración nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de epistaxis impidió alimentación oral • Bajo peso • Dieta no balanceada • Bajos recursos económicos
Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Indicación de reposo absoluto-limitó la movilidad de articulaciones • Movilidad reducida por deterioro motor grueso • Limitación para habilidades motoras fina • Cansancio generalizado • Disnea • Falta de fuerza muscular
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Dolor muscular • Dolor óseo (columna)
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Ansiedad • Depresión/ sentimiento de minusvalía
Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de educación • Pensamiento cerrado (no aceptan con facilidad procedimientos sanitarios) • Malas condiciones de vida (falta de recursos básicos)

	<ul style="list-style-type: none"> • Malos estilos de vida • Poco conocimiento sobre manejo de enfermedad oncológica
--	--

Elaborado por: Investigadora

Fuente: (Portal de Enfermería En Colombia, 2018) (Revista Médica Electrónica Portales Médicos , 2014), (González, 2013).

4.5 Caracterización de oportunidades de mejora

Tabla 2 Oportunidades de mejora

Puntos críticos	Oportunidades de mejora
Piel	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las condiciones de la piel diariamente • Mantenimiento de higiene e hidratación de la piel • Valorar puntos de apoyo (reposo prolongado) • Evitar el uso de agentes como perfume, aceite, colonia sobre la piel
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado nutricional (peso, talla, signos de desnutrición) • Mantener dieta equilibrada para la edad y condición de salud
Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • No realizar actividad física activa • No realizar deporte • Realizar ejercicios respiratorios • Movilidad pasiva • Ejercicio isométrico • Ayuda con autocuidado
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor • Ingerir medicación como se destaca en la prescripción médica • Utilizar técnicas de relajación
Aspecto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar estrategias de afrontamiento • Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan la depresión

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar actividades de recreación (adaptadas a la condición de salud) • Fomentar el amor propio y apoyo familiar
Educación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información sobre patología • Educar a la familia sobre el manejo efectivo del régimen terapéutico • Educar sobre signos de alarma (hipotensión, taquipnea, pulso rápido, palidez)

Elaborado por: Investigadora

Fuente: (Portal de Enfermería En Colombia, 2018) (Revista Médica Electrónica Portales Médicos , 2014), (González, 2013).

4.6 Propuesta

Plan de cuidado encaminado al paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico

4.6.1 Introducción



Los síndromes mielodisplásicos son alteraciones que ocurren cuando las células productoras de sangre en la médula ósea se convierten en células anormales, esto desencadena que bajen los recuentos de uno o más de los tipos de células en la sangre. Este tipo de síndromes mielodisplásicos se considera un tipo de cáncer (American Cancer Society, 2018).

La prevalencia de este síndrome es difícil de establecer por lo que es subestimada por la dificultad diagnóstica, pero se afirma que su incidencia se incrementa de 7 a 35 por 100.000 en personas mayores de 60 años y a 50 por 100.000 habitantes mayores de 70 años (Amaru, et al., 2015).

El caso presentado de síndrome mielodisplásico se da en un paciente pediátrico, que pese a que es muy baja su incidencia se presentó y fue confirmado tras varios diagnósticos previos y en diferentes casas asistenciales. La condición del paciente tanto en hospitalización como en el proceso de alta hacen necesario proponer una guía de cuidado encaminada a este tipo de pacientes pues el carácter oncológico de la patología hace necesario plantear medidas específicas que eviten complicar aún más la condición del paciente.

4.6.2 Objetivos

General:

- Proponer plan de cuidado encaminado al paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico

Específicos:

- Buscar información respecto al cuidado del paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico
- Plantear recomendaciones claras y adecuadas al nivel de instrucción familiar para el cuidado del paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico
- Socializar el plan de cuidado con la familia del paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico

4.6.3. Justificación

El desarrollo de un plan de cuidado es de gran importancia puesto que en el paciente con síndrome mielodisplásico se decidió un manejo ambulatorio con seguimiento por Oncohematología, situación que hace que los padres se encarguen del cuidado diario del paciente, requiriéndose la guía de un profesional de salud para evitar complicaciones en el cuadro clínico y la pronta detección de complicaciones.

Debido al bajo nivel de instrucción de los padres del paciente, es necesario diseñar y plantear recomendaciones claras sobre el cuidado del paciente con síndrome mielodisplásico, mismas que puedan orientar al núcleo familiar sobre alimentación, higiene, actividad física, cuidado de la piel, y manejo del estado de ánimo y autoestima.

Como beneficiarios directos del plan de cuidados para el paciente con síndrome mielodisplásico están el paciente y su entorno familiar, pero es importante subrayar que el diseño del plan contribuye al conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de este tipo de pacientes con lo que se contribuirá a una atención integral de salud.

4.6.4. Desarrollo



Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería



PLAN DE CUIDADO

**ENCAMINADO AL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**

Autora: Quillupangui Sandra

1 ¿Qué debo saber sobre el Síndrome Mielodisplásico?

2 Recomendaciones Generales

3 Manejo de Higiene

4 Recomendaciones específicas para el paciente

5 Manejo de la nutrición

6 Movilidad - Actividad Física

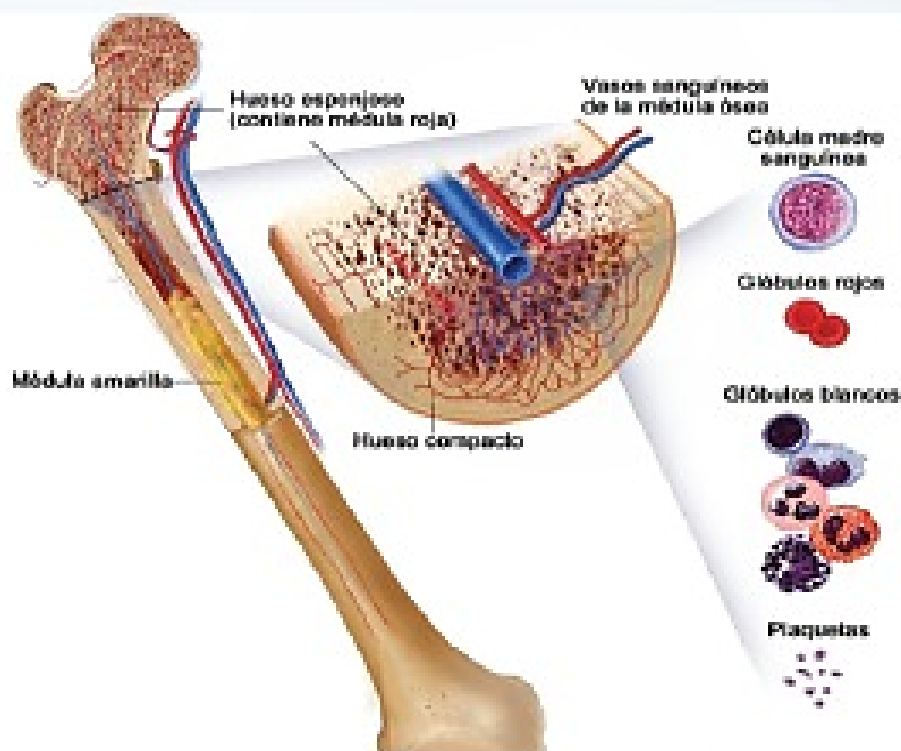
7 Autoestima - Afectividad

8 Situaciones de emergencia

CONTENIDO

¿Qué debes saber sobre el Síndrome Mielodisplásico?

Los *síndromes mielodisplásicos* son un grupo de enfermedades de la sangre que se caracterizan porque la médula ósea no produce toda la sangre que el cuerpo necesita.



¿Los síndromes mielodisplásicos son un tipo de cáncer?

Los *síndromes mielodisplásicos* no se extienden por el cuerpo como el cáncer, pero la producción de sangre es anormal y de no tomarse las medidas necesarias provocan graves complicaciones que pueden terminar en el fallecimiento de la persona.

¿Los síndromes mielodisplásicos se contagian?

No, estos no son contagiosos y no pueden transmitirse a otras personas de ninguna forma, tampoco se consideran hereditarias (no se propagará de padres a hijos).



2



**Lea
con mucha
atención**



Coma saludable todos los días.

Hable y manifieste sus emociones, molestia, dolor con su entorno familiar.

Recomendaciones Generales

Cumpla con todas las citas médicas.

Tome sólo la medicación recomendada por el médico.

No consuma vitaminas, suplementos alimenticios, hierbas o demás productos sin aprobación del médico.

Descanse lo suficiente.

En consulta, converse con su médico sobre dudas, molestias, efectos de positivos y negativos del tratamiento.

Manejo de Higiene

Los pacientes con síndromes mielodisplásicos tienen más probabilidades de presentar infecciones que otras personas. Por lo que es recomendable tomar medidas como:



Para el Hogar

- Mantenga el hogar limpio y ventilado.
- Evite métodos de limpieza que dispersen polvo.
- Evite tener a animales cerca o dentro de casa.
- Evite el contacto con plantas, flores porque pueden causar alergias.



Para el Paciente

- Cumple con vacunas recomendadas.
- Evite el contacto con personas enfermas.
- Evite lugares contaminados y con mucha gente.
- Mantenga una buena higiene de su cuerpo.



Recomendaciones específicas para el paciente



- ✓ Mantenga el hábito del lavado de manos (lavarse con suficiente agua y jabón, restregar bien entre los dedos, uñas, enjuagar y secar).



- ✓ Báñese diariamente con suficiente agua y jabón.



- ✓ Use crema para hidratar la piel.



- ✓ Lave sus dientes después de cada comida con cepillo suave.



- ✓ No utilice hilo dental porque podría causar sangrados.



- ✓ Evite cortar las uñas (use preferiblemente una lima) para evitar cortaduras.



- ✓ Use ropa limpia, holgada y cómoda.



- ✓ Observar frecuentemente el estado de piel, boca, ojos, además orina, materia fecal, expectoraciones para identificar alteraciones.



Manejo de la nutrición

La dieta debe enfocarse a reducir el riesgo de infección, mejorar el estado nutricional, proporcionar fuerza para combatir la enfermedad y permitir al cuerpo funcionar adecuadamente.



Desayuno

- +Leche o yogurt
- +Pan, galletas o cereales
- +Fruta

Media mañana

- +Leche o té
- +Pan, queso
- Otra opción puede ser fruta picada como fresa, plátano, sandía, manzana.

Almuerzo

- +Sopa de verduras
- +Pescado (trucha) al vapor, ensalada y arroz
- +Agua o jugo

Media tarde

- +Té con pan o galletas

Cena

- +Ensalada o verdura
- +Pollo al vapor
- +Papas cocinadas

RECOMENDACIONES:

- ✓ Comer saludablemente.
- ✓ Hacer comidas frecuentes (3-5 comidas diarias).
- ✓ Ingerir líquidos después de las comidas.
- ✓ La comida debe contener calorías y proteínas.
- ✓ Consuma sólo agua embotellada o hervida.
- ✓ Consuma alimentos cocidos o al vapor.
- ✓ No consuma alimentos fritos.
- ✓ Evite al máximo el consumo de grasa.
- ✓ Los alimentos deben estar a temperatura ambiente (evitar que estos estén fríos o muy calientes).
- ✓ Evite condimentos.
- ✓ Consuma fibra para evitar estreñimiento.
- ✓ Evitar alimentos que contengan demasiado hierro (carne roja, conchas, hígado, frutos secos, verduras de hoja verde) para evitar sobrecarga de hierro y consecuentemente trastornos en el corazón y el hígado.

Movilidad - Actividad Física

Es importante que el paciente realice ejercicio para mejorar la circulación de la sangre y el aporte de oxígeno, pero esta debe ser moderada para evitar sangrados, desmayos, mareos, entre otros, por esfuerzo físico.



RECOMENDACIONES:

- ✔ Puede realizar actividades de la vida diaria como vestirse, lavarse, bañarse, comer, peinarse, etc.
- ✔ Realice ejercicios respiratorios.
- ✔ Realizar ejercicios de estiramiento.
- ✔ Realice actividades que no requieran mucho esfuerzo como caminar por 10 minutos.
- ✔ Evite esfuerzos inútiles como levantar cosas pesadas.
- ✔ No es recomendable realizar actividades físicas como correr, saltar.
- ✔ Descanse lo suficiente después de algunas tareas o ejercicios.
- ✔ No continúe con la actividad en caso de mareo, sangrados o malestar.



Autoestima - Afectividad



RECOMENDACIONES:

Es importante entender y aceptar la enfermedad.

Hable con el médico sobre la enfermedad, los síntomas, molestias y el tratamiento.

Comuniqué sus sentimientos de alegría, tristeza, miedo con su familia.

Expresé con libertad sus emociones.

Realice pequeñas actividades para unir a la familia como leer cuentos, contar leyendas, chistes, juegos.

Realizar actividades de relajación, recreativas.

Puedes buscar apoyo en la religión.

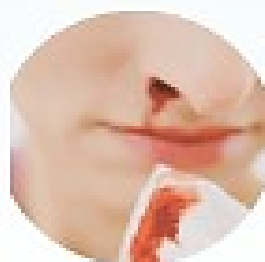
De ser necesario busca ayuda profesional con un psicólogo.

Ante cualquiera de estas situaciones se debe acudir inmediatamente al médico para una valoración y tratamiento.

Sangrados

Los sangrados pueden producirse por la nariz, boca, encías, en la piel pueden observarse manchas o pequeños puntos rojos en piernas, tobillos, pies. Ante estas situaciones se puede:

- Comprimir la zona
- Acudir a consulta para tomar medidas necesarias para interrumpir el sangrado.



Infecciones

Algunos de los siguientes síntomas pueden ser indicadores de la presencia de infección:

- Fiebre
- Escalofríos
- Tos
- Dolor de garganta
- Dolor estomacal
- Dolor al orinar
- Deposiciones blandas y frecuentes

Palidez de la piel y mucosas: cuando la cara o a nivel general el paciente se muestra pálido (sin color).

Taquicardia: cuando el corazón late muy rápido

Mareos: sensación de que va a desmayarse

Dolor fuerte de cabeza: cuando el dolor sea intenso y este impida realizar actividades o descansar.

Dínea: dificultad para respirar



**Ante cualquier signo de alarma
no olvides de ir al médico.**



V. CONCLUSIONES

- Tras el análisis de la intervención de enfermería en paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico se determinó que es fundamental que el personal conozca las bases fisiológicas de la patología para un manejo meticuloso del mismo que incluye principalmente el control de signos vitales, la valoración cefalocaudal, control de medicación, dieta y la aplicación adecuada de protocolos para transfusiones de componentes sanguíneos y con ello evitar complicaciones en el estado del paciente.
- En el análisis de caso no se encontraron factores de riesgo o causas específicas por la que el paciente desarrolló síndrome mielodisplásico, puesto que no se reportó elementos biológicos ni ambientales considerables, por lo que la patología fue asumida como idiopática.
- La calidad de cuidados del personal de enfermería que contribuyen en el estado de salud del paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico fue buena puesto que en todo momento se procuró el cuidado y la mejora del paciente, no obstante, se presentaron puntos críticos propios de la patología oncológica que alteraron el estado de salud del paciente.
- Con el diseño de un plan de cuidado encaminado al paciente pediátrico con síndrome mielodisplásico se aspira que el entorno familiar pueda educarse sobre el manejo terapéutico del paciente para que este alcance una calidad de vida y además que pueda reconocer signos de alarma para una intervención médica apropiada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaru, R., Quispe, T., Miguez, H., Torres, G., Peñaloza, R., Amaru, A., & Cuevas, H. (2015). Epidemiología del síndrome mielodisplásico en Bolivia. *Revista Medigraphic*.
- Ares, J., Plaza, J., & García, A. (2015). *Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas purpurico-petequiales*. Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap .
- Augustovski, F. (2018). Manejo de la epistaxis idiopática recurrente en niños. *Revista Evidencia* .
- Balladares, C., & Cáceres, P. (2014). *Purpura trombocitopénica idiopática* . Nicaragua : Universidad Pilitécnica de Nicaragua .
- Clínica de especialidades Médicas DAM. (2018). *Conteo de plaquetas* . Madrid-España.
- De la Mora, O. G., García, V., Montañó, E., & Rodríguez, M. (2014). *Diagnóstico y tratamiento del Síndrome mielodisplásico* . México : Guía práctica Clínica GPC.
- Dita, L., Consuegra, J., & Geroy, C. (2013). Esplenectomía de urgencia en pacientes con trombocitopenia inmune primaria y hemoperitoneo . *Revista Medigraphic* .
- Giner, G. (2016). *Hemorragia nasal* . ESalud .
- González, C. (2013). *Púrpura trombocitopénica idiopática infantil* . Blog de Enfermería: Enfermería, la ciencia del cuidado.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (Onceava ed.). España: Mc Graw Hill.
- Hernández, M., Hernández, C., & Bergeret, J. (2015). *Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico* . Artículo de Actualización .
- Instituto Nacional del Cáncer . (2018). *Tratamiento de los síndromes mielodisplásicos (PDQ®)–Versión para pacientes*. NIH.
- Jiménez, S. (2016). Síndrome mielodisplásico. Un reto en medicina clínica-hematológica. *REvista Scielo*.

- Jude Childrens Research Hospital . (2018). *Mielodisplasia* . Finding cures. Saving children.
- Kuter, D. (2018). *Introducción a la trombocitopenia*. Manual MSD .
- López, F., Pérez, G., Tapia, E., Pa, D., Ochoa, X., Cano, A., . . . Montiel, H. (2018). Choque hipovolémico. *Revista científica Medigraphic* .
- Martínez, F. (2014). *Epistaxis, sus complicaciones y fracaso al tratamiento*. SMORLCCC. Obtenido de <http://www.smorlccc.org/docs/capsula03.pdf>
- Mata, D. (2013). Sangrado masivo: uso de tromboelastometría y tromboelastografía rotacional. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* .
- Mayo Clinic . (2017). *Púrpura Trombocitopénica idiopática* . Foundation for Medical Education and Research.
- Mayo Clinic . (2018). *Punción espinal (punción lumbar)*. Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Mayo Clinic . (2018). *Síndromes mielodisplásicos* . Foundation for Medical Education and Research.
- Milovic, E., Ramos, A., & Touñiet, R. (2017). *Síndromes de fallo medular*. Sociedad Argentina de Hematología.
- Ministerio de Salud del Salvador . (2014). Lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales de la RIISS. *Revsita de Nutrición hospitalaria* .
- Morales, I. (2011-2018). Epistaxis: atención de enfermería. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de urgencias y emergencias*.
- Pinheiro, P. (2018). *Mielodisplasia-síndrome mielodisplásico* . MDSAUDE.
- Portal de Enfermería Encolombia. (2018). Cuidado de Enfermería de las Lesiones de Piel. *Revista de actualización en Enfermería* .
- Revista Cell. (2016). *Anemia severa* . Madrid : Revitacell .
- Revista Médica Electrónica Portales Médicos . (2013). La familia como parte de los cuidados de los pacientes.

- Revista Médica Electrónica Portales Médicos . (2014). Diagnóstico y cuidados a los pacientes con alteraciones hematológicas.
- Salud&Medicina . (2017). *Biometría hemática completa (hemograma)*. Grupo Multicolor .
- Servioli, L., Facal, J., Cansani, S., Maciel, G., & Fernández, A. (2014). Citopenias hematológicas en enfermedades autoinmunes sistémicas. *Archivos de medicina Interna* .
- Torres, B., Lazarich, A., Becerra, J., Fernández, E., Buforn, A., & Morell, V. (2017). *Epistaxis* . Málaga : Hospital Universitario de la Victoria de Málaga .
- Wardrop, D., Estcourt, L., Brunskill, S., Doree, C., Trivella, M., Stanworth, S., & Murphy, M. (2013). *Antifibrinolíticos (análogos de lisina) para la prevención de hemorragias en pacientes con trastornos hematológicos*. Cochrane .

LINKOGRAFÍA

- American Cancer Society. (2018). *¿Qué son los síndromes mielodisplásicos?* Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/sindrome-mielodisplasico/acerca/que-es-sindrome-mielodisplasico.html>
- EducarChile. (s.f.). *Conceptos sobre la valoración de signos vitales, procedimientos y glucotest*. Chile: Tecnicoprofesional. Obtenido de http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2016%20Actividades%20recreativas/LA%20VALORACION%20SIGNOS%20VITALES.pdf
- GLAM. (2018). *Grupo Latinoamericano de síndromes mielodisplásicos*. Obtenido de <http://www.grupoglam.org/>
- López, E., Leonel, A., Córdoba, M., & Campos, E. (2014). El alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Medigraphic*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
- Merchán, N., Rojo, R., Carrero, A., Rodríguez, C., & Blas, M. (2013). *Actuación de enfermería ante una transfusión de sangre y derivados*. Revista de Enfermería

CITA BIBLIOGRÁFICA-BASE DE DATOS UTA

SCIENCEDIRECT: Arroyo, M. (2010). Protocolo de actuación en consulta de enfermería de educación para la salud. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113803221070016X>

SCOPUS: Brett, M., Nabilah, K., D Alessandro, A., Travis, N., Winters, A., Courtney, L., Wei, Z., Pollyea, D., Craig, T., (2018). Characterization and targeting of malignant stem cells in patients with advanced myelodysplastics syndromes. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-018-05984-x>

SPRINGER: Hasegawa, D. (2016). The current perspective of low grade myelodysplastic síndrome in children. International Journal oh Hematology. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12185-016-1965-7>

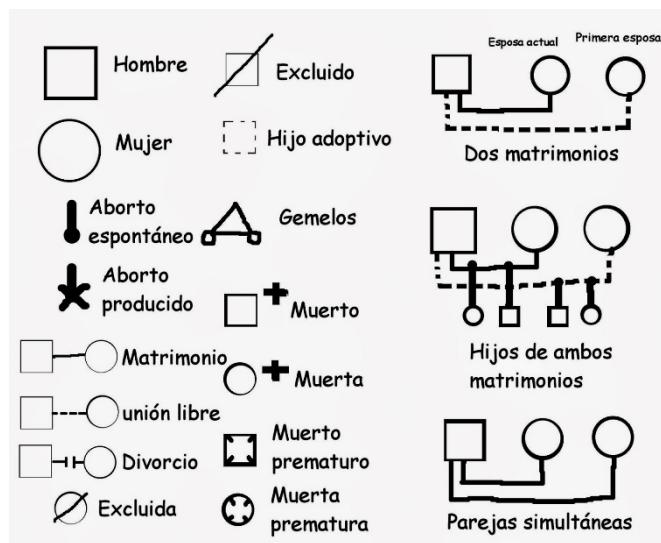
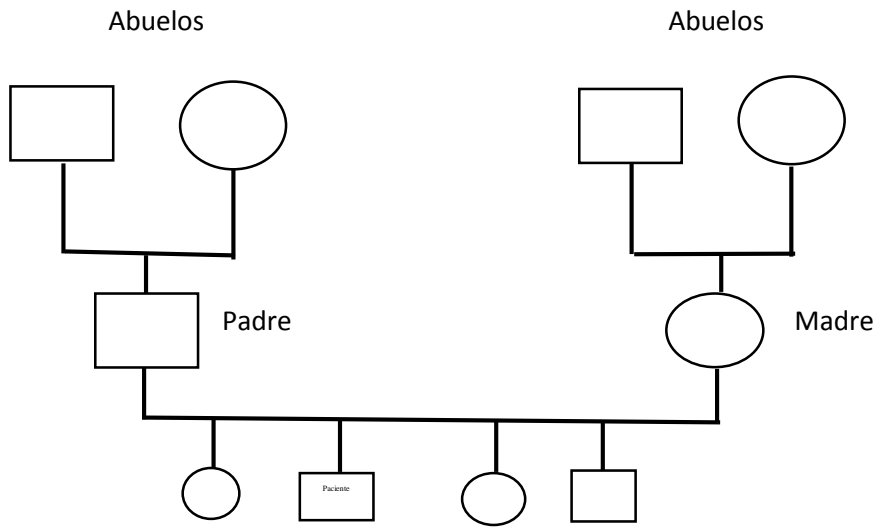
SPRINGER: Moriwaki, K., Mnabe, A., Taketani, T., Kikuchi, A., Nakahata, T., Hayashi, Y. (2014). Cytogenetics and clinical features of pediatric myelodysplastic síndrome in Japan. International Journal oh Hematology. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12185-014-1674-z>

SCIENCEDIRECT: Soringue, M., Nieto, J., Santos, M., Sarrate, E., Jiménez, M., Morales, C., López, L., Orna, E., Navarro, J., Ribera, J., Xicoy, B. (2016). Indications and use of, and incidence of major bleeding with, antithrombotic agents in myelodysplastic síndrome. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145212618302030?via%3Dihub>


SPRINGER: Wolfgang, K., Arjan, A. (2013). Immunophenotyping in Myelodysplastics Syndromes. Hematologic Malignancies. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-36229-3_9

VII. ANEXOS

Anexo 1: Familiograma



Anexo 2: Oficio de aprobación -Hospital

 Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital Provincial General de Latacunga

Latacunga 23 de mayo del 2018

Señor Doctor
Marcelo Ochoa
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Presente


Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación: "INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO"

De mi consideración:

Yo Soraya Heredia, en calidad de GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO, cuyo investigador principal es la señorita SANDRA MARIBEL QUILLUPANGUI MONTATIXE

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,


Lic. Soraya Heredia
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA

*Recibido
23/05/18
16:31*

Anexo 3: Consentimiento informado

Yo, Oswaldo Pastuña Chiguano con C.I 050283243-9 nacido en Zumbahua y residente en Latacunga

DECLARO

En la ciudad de Latacunga el 10 de Marzo la Srta. Sandra Maribel Quillupangui Montatixe estudiante de la Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, me ha informado de la manera más comprensible sobre el Análisis de Caso Clínico que va a realizar con el tema " **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON SÍNDROME MIELODISPLÁSICO** ", una vez que me ha brindado toda la información requerida y contestando a todas mis dudas, he decidido otorgar mi consentimiento para que haga uso de la información brindada de mi apoderado y si llegase hacer mal uso de esta lo retiraría en ese momento para lo que deja una copia de este documento ,

Yo, Sandra Maribel Quillupangui Montatixe con C.I 172246258-5 estudiante de la Facultad Ciencias de la Salud Carrera de la Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato acogiéndome al principio de confidencialidad asumo no divulgar la información personal que he recibido del paciente



Oswaldo Pastuña Chiguano

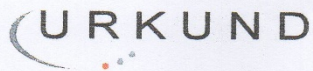
REPRESENTANTE DEL PACIENTE



Sandra Maribel Quillupangui

ESTUDIANTE

Anexo 4: Porcentaje de Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Yaaa Desarrollo de caso clínico.docx (D40592282)
Submitted: 7/16/2018 4:13:00 PM
Submitted By: jl.herrera@uta.edu.ec
Significance: 8 %

Sources included in the report:

CASO CLINICO FINAL JESSICA.docx (D40306227)
INTRODUCCION djmc CASI LISTA 1.5.docx (D31602570)
CASO CLINICO PURRPURA DEVORA BIEN HECHO MARZO.docx (D28763066)
caso clinico Karen Trujillo.docx (D25298383)
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-epistaxis/>
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/epistaxi.pdf>
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi08407.html
<https://www.cancer.org/es/cancer/sindrome-mielodisplasico/acerca/que-es-sindrome-mielodisplasico.html>
http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
<http://www.smorlccc.org/docs/capsula03.pdf>
<http://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/transfusion6.htm>

Instances where selected sources appear:

34

Hospital Provincial General Latacunga
Lic. Teresa Landáburu T.
ENFERMERA
MSP Libro: 14 Folio: 111 N° 333

Anexo 5: Epicrisis – Hospital Pediátrico Baca Ortiz

ESTABLECIMIENTO		APELLIDOS Y NOMBRES (Colocar los 2 Nombres y 2 Apellidos)		SEXO (M-F)	N° HISTORIA CLINICA
HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ		PASTUÑA GUAMANGATE KEVIN PAUL		MASCULINO	0504544586
Servicio: Clínica General					
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: 03/03/2018		FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa)		DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	
FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: 11/03/2018		30/01/2008		12 DIAS	
FECHA DE EGRESO DEL SERVICIO: 23/03/2018					
FECHA DE EGRESO DEL HOSPITAL: 23/03/2018					
NACIONALIDAD: ECUADOR		PROCEDENCIA: COTOPAXI		LUGAR DE RESIDENCIA: COTOPAXI CANTON PUJILI PARROQUIA ZUMBABUA (CASA)	
1. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO					
DATOS ANTROPOMÉTRICOS:					
INGRESO			EGRESO		
<ul style="list-style-type: none"> PESO: 23.4 KILOGRAMOS (SCORE EN Z-2) TALLA: 120.5 CENTIMETROS (SCORE EN Z-3) RELACION PESO TALLA: 16.25 (SCORE BAJO Z 0) 			<ul style="list-style-type: none"> PESO: 22.1 KILOGRAMOS (SCORE EN Z-2) TALLA: 120.5 CENTIMETROS (SCORE EN Z-3) RELACION PESO TALLA: 16.25 (SCORE BAJO Z 0) 		
MOTIVO DE CONSULTA: TRANSFERENCIA DEL HOSPITAL DE LATACUNGA					
<p>ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUE HACE 2 MESES EL DIA 09 DE ENERO PRESENTA EPISTAXIS BILATERAL ABUNDANTE COMO CAUSA APARENTE GOLPE CON UNA MESA, ADEMÁS REFIERE APARICION DE EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES Y TORAX, ACUDE A CENTRO DE SALUD DE ZUMBABUA DONDE SE COLOCA TAPON NASAL Y AL NO CEDER SANGRADO ES TRANSFERIDO AL HOSPITAL DE LATACUNGA EN DONDE REALIZAN EXAMENES DE LABORATORIO EVIDENCIANDO PANCITOPENIA (PLAQUETAS 8000, LEUCOCITOS 4800, HEMATOCRITO 22,8, HEMOGLOBINA 7,5), PRESENCIA DE SANGRADO ACTIVO EN MODERADA CANTIDAD POR FOSAS A NAALES QUE NO CEDE A MANIOBRAS COMPRESIVAS NI A COLOCACION DE TAPON NASAL APROXIMADAMENTE SANGRA 2 HORAS PERDIENDO 400 MILILITROS, PRESENTA VOMITO DE CONTENIDO HEMATICO, EPIGASTRALGIA, SE REPONEN PERDIDAS CON SOLUCION SALINA AL 0.9%, SE COLOCA TAPON NASAL CON ACIDO TRANEXAMICO, NO ES POSIBLE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS YA QUE NO SE DISPONE EN BANCO DE SANGRE DE DICHA CASA DE SALUD POR LO QUE ES TRANSFERIDO AL HOSPITAL DOCENTE DE AMBATO CON UNA HEMOGLOBINA DE 4, HEMATOCRITO 15%, PLAQUETAS 3000, PERMANECE HOSPITALIZADO POR 9 DIAS, SE REALIZA TRANSFUSION SANGUINEA Y SE INICIA TRATAMIENTO CON CORTICOIDE SE DESCONOCE DOSIS.</p> <p>EL DIA 5 DE FEBRERO DEL 2018 NUEVAMENTE PRESENTA EPISTAXIS IMPORTANTE POR LO QUE ES LLEVADO A CLINICA PARTICULAR SE REALIZAN EXAMENES DE LABORATORIO QUE REPORTAN HEMOGLOBINA 5, HEMATOCRITO 16%, SE TRANSFUNDE UN PAQUETE GLOBULAR Y POR MOTIVOS ECONOMICOS FAMILIARES LO LLEVAN A HOSPITAL DE LATACUNGA EL DIA 06/02/2018, EN DONDE SE REALIZAN EXAMENES DE LABORATORIO QUE REPORTA PANCITOPENIA (HEMOGLOBINA 6,9, HEMATOCRITO 19,4, PLAQUETA 8,200) SE REALIZA TRANSFUSION DE 4 CONCENTRADOS DE PLAQUETAS, DOS CONCENTRADOS DE GLOBULOS ROJOS EL DIA 07/02/2018, ADEMÁS SE RETIRA TAPON NASAL Y SE EVIDENCIA SECRECION PURULENTA POR LO QUE SE INICIA AMOXICILINA 70 MILIGRAMOS/KILO/DIA POR 10 DIAS, ADEMÁS SE INICIA TRATAMIENTO CON METILPREDNISOLONA 20 MILIGRAMOS ENDOVENOSO QUE SE ADMINISTRA EL DIA 14 Y EL DIA 19 DE FEBRERO, ADEMÁS CORTICOIDE VIA ORAL 30 MILIGRAMOS DE PREDNISONA AL DIA Y VITAMINA C 500 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS, PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA EL DIA 17 DE FEBRERO NUEVAMENTE SE TRANSFUNDEN 6 CONCENTRADOS DE PLAQUETAS, PERSISTIENDO EPISTAXIS, SE CONSIDERA REALIZAR UNA PUNCION MEDULAR, POR LO QUE SE COMUNICA A LOS PADRES DE LA NECESIDAD DE TRANSFERENCIA A ESTA CASA DE SALUD LA MISMA QUE SE REALIZA EL DIA 03/03/2018, SE RECIBE A PACIENTE ACTIVO DESPIERTO PALIDO SE EVIDENCIA EPISTAXIS ABUNDANTE, PERMANECE 7 DIAS EN EMERGENCIA EN DONDE ES VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA QUIEN COLOCA TAPONES REABSORBIBLES, SE REALIZA CONTROLES Y SE DA EL ALTA AL CEDER EL SANGRADO, VALORADO POR HEMATOLOGIA QUIENES REALIZAN ASPIRADO MEDULAR EL CUAL REPORTA TROMBOCITOPENIA CON MEGACARIOPOYETICO DEPRIMIDO, A INVESTIGAR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 Y/O ACIDO FOLICO, INICIAN TRATAMIENTO CON COMPLEJO B, ACIDO FOLICO, ACIDO TRANEXAMICO, Y SE RETIRA PAULATINAMENTE PREDNISONA. SE SOLICITAN EXAMENES DE LABORATORIO COMPLEMENTARIOS Y SE DECIDE SU INGRESO A PISO PARA CONTINUAR CON TRATAMIENTO.</p>					
REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS: NO REFIERE					
EXAMEN FÍSICO AL INGRESO :					
FRECUENCIA CARDIACA: 100 POR MINUTO; FRECUENCIA RESPIRATORIA: 28 POR MINUTO; TEMPERATURA: 36.8 GRADOS CENTIGRADOS; SATURANDO: 90 POR CIENTO AL AMBIENTE,					
<p>PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR AL MANEJO, AFEBRIL, PIEL: TURGENCIA Y ELASTICIDAD ADECUADA, NO SE EVIDENCIAN EQUIMOSIS CABEZA: NORMOCEFALIA, CABELLO DE IMPLANTACION NORMAL, OJOS: PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMOREACTIVAS, A LA LUZ Y ACOMODACION, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS, OÍDOS: NORMAL, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERRMEBALE. FOSAS NAALES: PRESENCIA DE TAPONES NAALES BILATERAL, CON BIGOTERA MANCHADA BOCA: MUCOSAS ORALES HUMEDAS, OROFARINGE: NO ERITEMATOSA, NO PURULENTA, NO SANGRADO RETRONASAL CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATIAS, MOVILIDAD CONSERVADA TÓRAX: SIMÉTRICO, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA, NO RETRACCIONES CORAZÓN: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS PULMONES: BUENA ENTRADA DE AIRE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO RUIDOS SOBREALADIDOS, ABDOMEN: SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACION SUPERFICIAL O PROFUNDA, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, NO VISCEROMEGALIAS, NO SE PALPAN MASAS REGION LUMBAR, SIN ALTERACION. REGIÓN INGUINO GENITAL: GENTIALES EXTERNOS MASCULINOS NORMALES, TÁNER 1 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, TONO Y FUERZA CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, NEUROLOGICO: PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, TONO MUSCULAR CONSERVADO. NO SIGNOS MENINGEOS, NO FOCALIDAD NEUROLÓGICA, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA.</p>					
2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES:					
PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO DE TROMBOCITOPENIA EN ESTUDIO, POR PRESENCIA DE EPISTAXIS QUE NO CEDIA FUE VALORADO POR ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN EL AREA DE EMERGENCIA, POR LO CUAL SE APLICO TAPONES NAALES REABSORBIBLES, CON LO CUAL CEDIO SANGRADO, FUE VALORADO POR ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGIA EL 6/03/2018 QUE POR PRESENCIA DE VALORES ENCONTRADOS EN BIOMETRIA CON PANCITOPENIA REALIZO ASPIRADO MEDULAR CON HALLAZGOS COMPATIBLES CON DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 Y/O ACIDO FOLICO, POR LO CUAL SE					



SOLICITO EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO Y SE INICIO ADMINISTRACION DE ACIDO FOLICO VIA ORAL Y COMPLEJO B INTRAVENOSO. 12/03/2018 PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN PRESENTAR SIGNOS DE SANGRADO IMPORTANTE, CONTINUA RECIBIENDO TRATAMIENTO PRESCRITO POR HEMATOLOGIA. 13/03/2018 PRESENTA PICOS FEBRILES Y AL EXAMEN FISICO SIGNOS DE INFLAMACION E INFECCION EN DORSO DE MANO DERECHA COMPATIBLE CON FLEBITIS POR LO QUE INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA EN BASE A OXACILINA (200 MILIGRAMOS/KILO/DIA), CON ADECUADA RESPUESTA A MEDICAMENTO PUES PICOS FEBRILES CEDIERON. 15/03/2018 PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE REALIZA CONTROL DE BIOMETRIA CON PRESENCIA DE ANEMIA Y TROMBOCITOPENIA SEVERAS POR LO CUAL SE TRASFUNDE CONCENTRADO GLOBULAR Y POR INDICACION DE HEMATOLOGIA SE ADMINISTRA VIA INTRAVENOSO INMUNOGLOBULINA HUMANA, SIN PRESENTAR EFECTOS SECUNDARIOS, EL DIA 19 DE MARZO POR PARTE DEL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA AL NO EXISTIR RESPUESTA HEMATOLOGICA SE DECIDE REALIZAR NUEVA EVALUACION DE MEDULA OSEA A TRAVES DE ASPIRADO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA Y CONTINUAR CON ACIDO TRANEXANICO COMO TRATAMIENTO SIMTOMATICO.

EL DIA 21/03/18 SE RALIZA BIOPSIA MEDULAR Y SEGUNDO ASPIRADO MEDULAR EN ESTE ULTIMO NO SE ENCUENTRA INFILTRACION TUMORAL, PERSISTEN LOS CAMBIOS MEGALOBLASTICOS AUNQUE DE FORMA LIGERA Y LLAMO LA ATENCION LA DEPRESION DEL SISTEMA MEGACARIOPOYETICO. QUEDA PENDIENTE EL INFORME DE LA BIOPSIA DE MEDULA OSEA.

EL DIA 23 DE MARZO 2018 SE DISCUTE EN EL COLECTIVO DE HEMATOLOGIA (DRA LORENA FREIRE, DRA. LIBET BOSCH, DRA CLAUDIA OCHOA, DR. FERNANDO CRUZ) EN DONDE SE PLANTEAN LAS POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS DEL PACIENTE Y SE CONCLUYE QUE DADO LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE AUTOINMUNIDAD NEGATIVOS Y LA MALA RESPUESTA A LA ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINA HUMANA LA ETIOLOGIA AUTOINMUNE ES POCO PROBABLE Y QUE A PESAR DE LOS VALORES BAJOS DE VITAMINA B12 TAMPOCO HUBO RESPUESTA AL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON ESTA VITAMINA POR LO QUE SOLO NOS QUEDA LA POSIBILIDAD DE UNA HIPOPLASIA MEDULAR VERSUS UNA MIELODISPLASIA AMBAS SITUACIONES DE EVOLUCION CRONICA Y RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES ES ESCASA E INDIVIDUAL POR LO QUE SU PRONOSTICO ES RESERVADO. EL SINTOMA PRINCIPAL ES LA EPISTAXIS Y EN ESTE PACIENTE SE PRESENTA SIN RELACION CON LAS CIFRAS PLAQUETARIAS.

EN LAS ULTIMAS 24 HORAS NO SE HA PRESENTADO NUEVA HEMORRAGIA LUEGO DEL TAPONAMIENTO NASAL, EL PACIENTE TIENE BUEN ESTADO GENERAL, TIENE TRATAMIENTO SIMTOMATICO E INICIARA HOY NUEVAMENTE ESTEROIDES ORALES COMO TRATAMIENTO ESPECIFICO. SE HABLA CON EL FAMILIAR PUES NOS REFIERE UNA SITUACION SOCIAL DIFICIL Y DADAS LA CONDICIONES Y PRONOSTICO ACTUALES DEL PACIENTE SE DECIDE EGRESAR CON AMPLIAS RECOMENDACIONES Y CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA LA PROXIMA SEMANA CON LA DRA. FREIRE A LA QUE YA SE PUSO AL TANTO DE LA EVOLUCION DEL CASO Y EN ESPERA DEL RESULTADO DE LA BIOPSIA DE MEDULA OSEA.

23/03/18 SIN EMBARGO EN EL STAFF MEDICO DE PEDIATRIA AL EVALUAR CASO DE PACIENTE TENIENDO EN CUENTA QUE AUN REALIZA ESPISTAXIS INTERMITENTES, Y PERSITE TROMBOCITOPENIA MODERADA QUE AUN NO SE HA LOGRADO CONTROLAR, ADEMAS DE QUE PACIENTE ES PROVENINIENTE DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI CANTON PUJILI PARROQUIA ZUMBAHUA. NO SE CONSIDERA CONVENIENTE DAR EL ALTA MEDICA POR PARTE DE PEDIATRIA. POR LO QUE SE DECIDE COMUNICAR CASO A DEPARTAMENTO JURIDICO Y TRABAJO SOCIAL

8. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:

FECHA:	12/03/2018	13/03/2018	15/03/2018	19/03/2018	22/03/18		
LEUCOCITOS	3.300		4.400	3.400	3900		
NEUTROFILOS	28.8		69%	40.4	44.6		
LINFOCITOS	62.8		22%	49.9	47.3		
HEMATOCRITO	25.3		20.5	25.8	24.9		
HEMOGLOBINA	8.6		7.1	8.6	8.8		
PLAQUETAS	16000		6.000	7000	15000		
TOMA DIRECTA DE PLAQUETAS	10.000		6000	7000	25000		
PCR							
PCT							
GLUCOSA							
UREA							
CREATININA							
SODIO							



PROTASIO							
TP		11.2					
TTP		21.4					
PROTEINAS TOTALES							
ALBUMINA							

5/03/2018: MEDULA OSEA: ASPIRADO MEDULAR: CELULARIDAD NORMOCELULAR BLASTOS MENORES AL 5%, NO CÉLULAS AJENAS AL PARÉNQUIMA. SERIE BLANCA INTEGRAL DE MADURACION NORMAL.SERIE ERITROPOYETICA: HIPERPLASIA LIGERA CON CAMBIOS MEGALOBLASTICOS MODERADOS, SERIE MEGACARIOCITICA; DEPREIMIDA MODERADAMENTE. EN EL FROTIS DE SANGRE PERIFERICA SE OBSERVA MACROCITOS CON NORMOCROMIA, IMPRESIÓN DIAGNOSTICA COMPATIBLE TROMBOCITOPENIA CON MEGACARIOPOYETICO DEPRIMIDO.

6/03/2018 ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR: IGG: 94.58 ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR: IGM: 4.90 ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES: NEGATIVO ANTICUERPOS ANTI PROTEINASA : 1.10 U/ML ANCAP: 1.20 ANTICUERPOS ANTI ADN dc: 2.46 IU/ml

6/03/2018 vitamina b12: 71.1

6/03/2018 HIV: NO REACTIVO CITOMEGALOVIRUS Igg: 94.8 REACTIVO CITOMEGALOVIRUS IgM: .188 NEGATIVO C3: 104 C4: 13 HERPES Igg: 40.5 REACTIVO HERPES II IgG: REACTIVO

10/03/2018: POLIMORFONUCLEARES: NEGATIVO

12/03/2018 ECOGRAFIA DE ABDOMEN: HIGADO DE FORMA NORMAL, ECOGENICIDAD CONSERVADA, ECOESTRUCTURA HOMOGENEA,LEVE HEPATOMEGALIA DEPENDIENTE EL DEL LOBULO DERECHO SIN EVIDENCIA DE LESIONES OCUPANTES. NI DILATACION DE VIAS BILIARES INTRA NI EXTRA HEPATICAS. COLEDOCO MIDE 0.17 CENTIOMETROS VESICULA BILIAR DE PAREDES DELGADAS ALTIASICA. SIN EVIDENCIA DE LIQUIDO EN CAVIDAD ABDOMINAL,

12/03/2018 RADIOGRAFIA DE TORAX: SIN SIGNOS DE LESION PLEUROPULMONAR ACTIVA.

13/03/2018_ ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE URINA NORMAL

13/03/2018 RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES Y CAVUM: ENGROSAMIENTO MUCOPERIOSTICO DEL ANTRO MAXILAR IZQUIERDO, RESTO DE SENOS PARANASALES CON ADECUADA TRANSPARENCIA, TABIQUE NASAL DESVIADO HACIA A LA DERECHA, TEJIDO ADEINOIDEO SIN ALTERACIONES.

07/03/2018 FACTOR VIII: 236.6, FACTOR VON WILLEBRAND: 128.5

21/03/18 MEDULA OSEA (MORFOLOGIA CELULAR) .

INFORME DE ASPIRADO MEDULAR

CELULARIDAD: NORMOCELULAR, BLASTOS MENORES AL 5%, NO CELULAS AJENAS AL PARENQUIMA

SERIE BLANCA: INTEGRAL CON MADURACION NORMAL

SERIE ERITROPOYETICA: INTEGRAL CON LIGEROS CAMBIOS MEGALOBLASTICOS

SERIE MEGACARIOPOYETICA: SEVERAMENTE DEPRIMIDO SOLO SE OBSERVO UN MEGACARIOCITO MULTINUCLEADO Y CITOPLASMA

DISMORFICO

RELACION MIELOERITROIDE: 4/1

OBSERVACIONES:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA COMPATIBLE:

NO INFILTRACION TUMORAL. ESPERAR POR RESULTADO DE BIOPSIA DE MEDULA OSEA

4.RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

CONTROL DE SIGNOS VITALES:

CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS

VIGILAR SIGNOS DE SANGRADO

CONTROL DE INGESTA Y EXCRETA Estricto

DIETA: DIETÁ PARA LA EDAD MAS COLACIONES

LIQUIDOS: DISPOSITIVO INTRAVENOSO SIN HEPARINA

MEDICACION:

INDICACIONES DE PEDIATRIA:

-OXACILINA 1 GRAMO INTRAVENOSO CADA 6 HORAS (200 MILIGRAMOS/KILO/DIA) COMPLETO POR 8 DIAS

INDICACIONES DE ONCOHEMATOLOGIA

- ACIDO FOLICO 5 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA DIA INICIADO 12-3-2018 SUSPENDIDO EL DIA 15/03/18

- COMPLEJO B 3 MILILITROS INTRAVENOSO CADA DIA INICIADO 12-3-2018 SUSPENDIDO EL DIA 15/03/18

- ACIDO TRANEXAMICO 250 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS Y POR RAZONES NECESARIAS.
- TRANSFUNDIR DOS CONCENTRADOS PLAQUETARIOS POR RAZONES NECESARIOS
- LORATADINA 5 MILIGRAMOS VIA ORAL EN ESTE MOMENTO (15/03/18)
- HIDROCORTISONA 50 MILIGRAMOS ENDOVENOSO 30 MINUTOS ANTES DE LA ADMINISTRACION DE LA INMUNOGLOBULINA (15/03/18)
- INMUNOGLOBULINA HUMANA 18 GRAMOS ENDOVENOSO EN 6 HORAS (15/03/18)
- TRANSFUNDIR 230 MILILITROS DE GLOBULOS ROJOS ENDOVENOSO PASAR EN 2 HORAS (15/03/18)

EXÁMENES LABORATORIO:
CONTROL DE BIOMETRIA, TOMA DIRECTA DE PLAQUETAS POR RAZONES NECESARIAS

5. DIAGNÓSTICO DE INGRESO					6. DIAGNÓSTICO DE EGRESO:				
CIE10	PRE	DEF			CIE10	PRE	DEF		
SINDROME MIELODISPLASICO ESPECIFICACIÓN	SIN	OTRA	D46,9	X	SINDROME MIELODISPLASICO ESPECIFICACIÓN				X
					FLEBITIS		180		X

7. CONDICIONES DE EGRESO Y PRONÓSTICO:

CONDICIÓN CLÍNICA AL EGRESO: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EN BUENAS CONDICIONES AL ALTA

- MANEJO: AMBULATORIO
- ACTIVIDADES: NO REALIZAR ACTIVIDADES EXTENUANTES, MANTENER REPOSO ABSOLUTO HASTA LA CONSULTA
- DIETA: PARA LA EDAD
- TRATAMIENTO:
 - ACIDO TRANEXAMICO 250 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA 8 HORAS HASTA EL 29-3-2018
 - PREDNISONA 40 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA DIA. HASTA EL CONTROL 29-3-2018
 - OMEPRAZOL 20 MILIGRAMOS VIA ORAL CADA DIA HORA SUEÑO HASTA EL CONTROL 29-3-2018
- SEGUIMIENTO: POR ONCOHEMATOLOGIA DRA MARIA LORENA FREIRE 29-3-2018
- PRONOSTICO: RESERVADO

8. MEDICOS TRATANTES:

NOMBRES	ESPECIALIDAD	CODIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD
1. DR. FERNANDO CRUZ	ONCOHEMATOLGIA		11/03/2018 HASTA 23/03/2018

9. DATOS DE EGRESO

ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMATICO	X	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO AUTORIZADO	X	DEFUNCION MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	12 DÍAS	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCION MAS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD		
FECHA DE ELABORACIÓN	23/03/2018	HORA	12H	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EPICRISIS	MD JOHANA FONSECA ACTUALIZADO POR MD JACQUELINE MENDEZ JOHANNA SIGUENCIA	CODIGO	0	FIRMA	NUMERO DE HOJAS	3
MÉDICO TRATANTE DR. FERNANDO CRUZ				FIRMA		FECHA	23/03/18	ENTREGA COPIA A FAMILIAR	SI X	NO

SNS-MSP / HCU - form. 006/2008
EPICRISIS-HPBO-V1-2016

Dr. Cruz Tamayo Fernando
HEMATOLOGÍA
REGISTRO MSP: 2766852644

Anexo 6: Evidencias fotográficas



Visita a la familia del paciente con síndrome mielodisplásico en la localidad de Zumbahua, provincia de Cotopaxi, donde se constató las condiciones de vida y el cumplimiento de cuidados recomendados. Con la visita se confirmó la necesidad de brindar recomendaciones que orienten a la familia sobre el cuidado del menor.