



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE
VIDA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Clavijo Gallegos, Angie Teresa.

Tutora: Lcda. Mg. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

Ambato – Ecuador

Abril, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación Sobre el Tema:

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA.” de Angie Teresa Clavijo Gallegos, 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, Diciembre 2017

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA.”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de mi exclusiva responsabilidad, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre 2017

LA AUTORA

.....

Clavijo Gallegos, Angie Teresa

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Diciembre 2017

LA AUTORA

.....

Clavijo Gallegos, Angie Teresa

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA.”** de Clavijo Gallegos Angie Teresa, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Abril 2018

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres que con su esfuerzo, sacrificio y amor me brindaron la oportunidad de salir adelante y no desmayar en cada obstáculo que se presentaba a lo largo de mi vida estudiantil enseñándome a encarar las diversidades sin perder nunca la dignidad, la humildad, ni desfallecer en el intento.

Dedico también a mi familia ya que con sus consejos, comprensión y amor en los momentos difíciles supieron brindarme apoyo y ayudarme con los recursos necesarios para estudiar quienes además me han inculcado valores y principios.

Clavijo Gallegos, Angie Teresa

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por bendecirme y darme fuerzas, a mis padres que han sido un pilar fundamental por su paciencia y su apoyo incondicional, a la Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería, mi más sincero agradecimiento por acogerme en sus aulas y también a mis maestros, son a ellos a quienes les debo todo el conocimiento adquirido, así mismo un enorme agradecimiento a mi tutora designada por guiarme en el proceso del presente trabajo.

Clavijo Gallegos, Angie Teresa

ÍNDICE

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
1. INTRODUCCIÓN:	1
2. OBJETIVOS:	7
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE	8
3.1. Información Disponible.....	8
3.2. Información no Disponible.....	32
4. DESARROLLO:	35
4.1. Descripción cronológica detallada del caso:	35
4.2. Descripción de los factores de riesgo	37
4.3. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	40
4.4. Identificación de los puntos críticos.	42

4.5. Caracterización de las oportunidades de mejora:	45
4.6. Propuesta de tratamiento alternativo.	47
5. CONCLUSIONES:	71
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	72
7. ANEXOS	77
7.1. Consentimiento Informado.....	78
7.2. Hoja de Valoración.....	79
7.3. Examen de Laboratorio.	101

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

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE
VIDA”**

Autora: Clavijo Gallegos, Angie Teresa

Tutora: Lic. Mg. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

Fecha: Diciembre del 2017

RESUMEN

La pancreatitis es una patología atípica en niños es por eso que representa un desafío de diagnóstico para todo el equipo de salud. Aunque la mayoría de casos de pancreatitis en adultos es causada por cálculo biliar y la ingesta exagerada de alcohol, la etiología para la pancreatitis en niños es variada. Es por eso que en pacientes jóvenes se debe sospechar causas hereditarias, infecciosas o por traumatismos. Dándonos como objetivo el analizar cuáles son las causas específicas sobre la enfermedad de pancreatitis en relación a los cuidados de enfermería mediante una revisión bibliográfica e historial clínico. Este presente análisis es una investigación cuasi-experimental de ensayo comunitario, lo que permitió establecer contacto con la realidad del paciente, realizando una entrevista directa, revisión de documentación, libros, artículos científicos e historial clínico. Se realizó con el propósito de identificar la influencia que posee el equipo de enfermería en la prevención y promoción de la salud en los cuidados de enfermería en el paciente con Pancreatitis. Durante el desarrollo de este trabajo se pudo apreciar a un paciente que no lleva una buena calidad de vida, se identificó diversos factores de riesgo y algunos puntos críticos. Se establecieron los puntos críticos que se encontraron en el presente caso clínico, donde al valorar el estado nutricional del niño se ve afectado debido a que en su hogar no existe la educación necesaria y el conocimiento sobre una alimentación adecuada y balanceada.

PALABRAS CLAVES: PANCREATITIS, NECROSANTE, CUIDADOS, ENFERMERA, CALCULO, BILIAR, TRAUMATISMO

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSERY CAREER

**"NURSING CARE IN PEDIATRIC PATIENTS WITH IDIOPATHIC
PANCREATITIS AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE"**

Author: Clavijo Gallegos, Angie Teresa

Tutor: Lic. Mg. Gavilanes Fray, Verónica del Pilar

Date: December of 2017

SUMMARY

Pancreatitis is an atypical pathology in children, which is why it represents a diagnostic challenge for the entire health team. Although the majority of cases of pancreatitis in adults is caused by gallstone and exaggerated alcohol intake, the etiology for pancreatitis in children is varied. That is why in young patients it is necessary to suspect hereditary, infectious or traumatic causes. Our objective is to analyze the specific causes of pancreatitis disease in relation to nursing care through a literature review and clinical history. This present analysis is a quasi-experimental research of community testing, which allowed to establish contact with the reality of the patient, conducting a direct interview, review of documentation, books, scientific articles and clinical history. It was carried out with the purpose of identifying the influence of the nursing team in the prevention and promotion of health in nursing care in patients with Pancreatitis. During the development of this work we could see a patient who does not have a good quality of life, identified several risk factors and some critical points. The critical points that were found in the present clinical case were established, where when assessing the nutritional status of the child it is affected due to the fact that in his home there is not the necessary education and knowledge about an adequate and balanced diet.

KEYWORDS:

PANCREATITIS, NECROSANTE, CARE, NURSE, CALCULATION, BILIARY, TRAUMATISM

1. INTRODUCCIÓN:

“El páncreas es un órgano ubicado en el abdomen que secreta varias enzimas digestivas en el sistema ductal pancreático, y el contenido luego se vacía en el intestino delgado. Como órgano esencial cumple funciones específicas las cuales pueden ser nocivas para el cuerpo en el caso de existir exposición a factores de riesgo”. (Wiley, 2016).

“Los problemas del páncreas pueden conducir a muchos problemas de salud. Siendo uno de ellos la pancreatitis cuya incidencia a nivel mundial ha aumentado paulatinamente en el transcurso del tiempo, y varía de 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial”. (Valdivieso, 2016)

“Pese a los avances en cirugía, cuidados intensivos, técnicas de diagnóstico por imágenes y procedimientos radiológicos intervencionistas, la pancreatitis continúa presentando (en su forma grave necrotizante) una tasa de mortalidad alta, entre 30 a 40%”. (Navarro, 2012)

“La mortalidad por pancreatitis aguda tiene 2 picos: mortalidad precoz (dentro de los primeros 6 días desde el ingreso) obedece a la respuesta inflamatoria sistémica (shock y falla orgánica múltiple) y mortalidad tardía (después de los 6 días) es consecuencia de las complicaciones locales (infección de la necrosis o colecciones pancreáticas) y a distancia (neumonía, sepsis)”. (Navarro, 2012)

La pancreatitis es una patología atípica en niños es por eso que representa un desafío de diagnóstico para todo el equipo de salud. Aunque la mayoría de casos de pancreatitis en adultos es causada calculo biliar y la ingesta exagerada de alcohol, la etiología para la pancreatitis en niños es variada. Es por eso que en pacientes jóvenes se debe sospechar causas hereditarias, infecciosas o por traumatismos.

“Las causas predominantes incluyen trauma abdominal (23%), anomalías del sistema pancreático biliar (15%), enfermedad multi sistémica (14%), fármacos y toxinas (12%), infecciones virales (10%), trastornos hereditarios (2%) y trastornos

metabólicos (2%). En hasta el 25% de los casos la etiología de la pancreatitis de la niñez es desconocida. (Hebra, 2017).

“La sintomatología clásica de la pancreatitis es el dolor abdominal, epigástrico, que aumenta con la alimentación y produce cierta irradiación a la espalda (83%), vómito, generalmente negruzco o de contenido bilioso (74%), distensión abdominal (30%), fiebre y escalofríos (26%); sus signos de laboratorio son la elevación de la amilasa y la lipasa sérica tres veces por encima de sus valores normales”. (Castillo, 2014)

Además de realizar un examen físico correcto e identificación de signos y síntomas exactos se debe apoyar en la pronta realización de exámenes complementarios, para brindar cuidados adecuados y que ayuden al paciente a sentirse mejor. Este estudio de caso está basado en la identificación rápida del cuadro clínico con la ayuda de exámenes complementarios y el reconocimiento de los cuidados de enfermería específicos para un paciente pediátrico con pancreatitis para lograr así que tanto el equipo de salud como el paciente obtengan resultados satisfactorios.

“Está demostrado que en un paciente con pancreatitis la identificación temprana de los signos de gravedad durante los 3 primeros días desde el ingreso, mejora el pronóstico y reduce la probabilidad de morir”. (Maraví, 2012).

“En América, en el año 2012 se menciona que la mortalidad por pancreatitis es de aproximadamente del 7 a 10%, implicando la vida de 250 pacientes por año” (Jiménez, 2016)

“A nivel de Latinoamérica se reportó una incidencia de estos casos de 15,9 por cada 100.000 habitantes y una prevalencia del 3%”. (Valdivieso, 2016)

“La necrosis del parénquima pancreático se asocia comúnmente con el desarrollo de complicaciones importantes de la enfermedad y por tanto con mal curso clínico”. (Castillo, 2014).

“La pancreatitis necrotizante (necrosis mayor del 30% del páncreas y/o mayor de 3 centímetros de un área del páncreas) es un proceso poco frecuente (< 1% de las pancreatitis agudas) en niños”. (Muñoz, 2014).

Hasta el momento, según estudios basados en evidencias, no existe un tratamiento específico para la pancreatitis. “En general, el tratamiento más apropiado depende de las condiciones de cada paciente, de la severidad de la enfermedad y de las complicaciones, además, se debe tener en cuenta que el tratamiento para la pancreatitis durante las primeras fases de la enfermedad es únicamente médico y su fin es ofrecer estabilidad hemodinámica y cardiovascular”. (Castillo, 2014)

El único método no quirúrgico para identificar la necrosis pancreática es la tomografía computarizada, la misma que nos permite valorar, en estos casos, la gravedad del cuadro y el riesgo de complicaciones (índice de Balthazar).

Los casos de pancreatitis no complicadas tienen una evolución favorable, pero en los casos de presentar pancreatitis necrotizante se precisan tratamientos médicos intensivos y en ocasiones se puede llegar hasta una cirugía. Es importante tomar en cuenta que la necrosis pancreática se desarrolla a partir de las 72 horas de evolución.

El fundamento principal de las intervenciones para una pancreatitis necrotizante es que ningún tratamiento es único u óptimo para todos los pacientes. El mejor tratamiento es aquel adaptable al paciente individual. Para mejorar las técnicas actuales en prevención, promoción y recuperación de esta patología así como el definir enfoques óptimos para la intervención y la especificación de cuidados de enfermería se requiere de una investigación adicional, de aquellos estudios de colaboración prospectivos basados en el tema pediátrico.

A nivel del ministerio de salud pública del Ecuador existen profesionales con experiencia variable y capacitada para dar una atención de calidad y calidez a pacientes con diagnósticos que requieren de cuidados y manejos amplios y específicos para cada patología.

“El cuidado de pacientes con pancreatitis necrotizante debe idealmente incluir un equipo de especialistas en medicina de cuidados intensivos, manejo médico gastroenterología, radiología, endoscopia y cirugía”. (Freeman, 2012)

Sin embargo, en nuestro medio y más aún en la casa de salud en la que se basa este estudio hay una variación tan amplia en la práctica clínica diaria que algunos médicos con experiencia adquirida a lo largo de su vida profesional a menudo son responsables de la atención de estos pacientes.

Se realiza el análisis de caso de un paciente de 11 años de edad que acude al Hospital Provincial General de Latacunga al servicio de emergencia luego de presentar dolor intenso a nivel de abdomen que irradia hacia la espalda además de vómito y diarrea por aproximadamente 5 días.

La valoración adecuada del equipo de enfermería en cuanto a la presencia del dolor en pacientes con pancreatitis necrotizante es una intervención eficaz y debe ser inmediata al primer contacto para evitar complicaciones irreversibles. Siendo el síntoma principal de la pancreatitis necrotizante, el dolor a nivel de abdomen superior que habitualmente se describe como profundo, penetrante y que se irradia hacia la espalda.

“Existen diversas teorías acerca de la razón del dolor en la pancreatitis. Una teoría es que el proceso de la enfermedad afecta a los nervios que inervan el páncreas”. (Wiley, 2016).

Los cuidados que debe recibir un paciente con pancreatitis necrotizante por parte del equipo de salud deben ser basados en el individuo, cada persona presentara o no cuadros clínicos diferentes más aun al hablar de pacientes pediátricos.

La intervención quirúrgica es solamente necesaria si los síntomas son severos, prolongados o complicados ya sea por la formación de la necrosis misma o del absceso que requiere ser removido. “En lo posible, se sigue una conducta terapéutica médica y no se somete al paciente a un procedimiento quirúrgico”. (Castillo, 2014).

En el caso de nuestro paciente la pancreatitis no pudo ser diagnosticada a tiempo al no tener en claro sus causas y el cuadro clínico exacto la complicación que presento fue una necrosis del parénquima pancreático la misma que fue hallada bajo intervención quirúrgica.

Luego de realizada la intervención podemos darnos cuenta que se tuvo una serie de hallazgos quirúrgicos como liquido inflamatorio más gleras en cavidad 500 mililitros. Proceso inflamatorio peripancreático. Necrosis grave de fascia peripancreatica, los mismos que fueron valorados, controlados y se llevó a cabo actividades específicas como laparotomía media, aspiración de líquido, desbridamiento de masa peripancreatica, colocación de drenaje tisular en transcavidad de los epiplones y drenaje penrose en parieto cólico derecho. Lo cual nos da el diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante.

“El lavado peritoneal se ha utilizado en adultos en un esfuerzo por reducir la incidencia de la infección secundaria; sin embargo, esto no ha sido a través de ensayos con niños para probar su eficacia. El objetivo de la cirugía en este caso es aliviar el dolor y preservar las funciones exocrinas y endocrinas del páncreas”. (Hebra, 2017)

Cuando se realiza una intervención quirúrgica se deben tener en cuenta cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Los mismos que deben ser implementados y practicados de forma estricta para así disminuir los niveles de incidencia de complicaciones más aun en pacientes con pancreatitis debido a que es una patología que tiene con último tratamiento el quirúrgico

“En la actualidad el manejo del dolor postoperatorio en la pancreatitis, sigue siendo un desafío para las enfermeras, ya que no es la simple administración de un analgésico, sino la realización de un conjunto de intervenciones enfermera que completan o aumentan la eficacia del tratamiento analgésico”. (Rodríguez, 2014)

En varios estudios realizados en los últimos años se pudo comprobar que el mal manejo del dolor postoperatorio por parte del personal de salud es debido a muchos factores. Entre ellos están la existencia de un deficiente conocimiento y poca experiencia por parte del personal de salud que no han recibido una educación adecuada y que aún piensan que tener dolor tras una intervención quirúrgica es algo “normal”.

“Las pautas de tratamiento analgésico suelen ser inadecuadas para el tipo de cirugía y de paciente, no existiendo protocolos específicos y un miedo al uso de determinados fármacos y técnicas analgésicas, como pueden ser los opiáceos, debido a sus efectos adversos y potenciales complicaciones”. (Pérez, 2017)

“La administración de analgésicos por vía intravenosa en los primeros días de la hospitalización adquiere un papel relevante dentro de los cuidados de soporte enfermera, pero no es suficiente como único cuidado para el manejo del dolor”. (Rodríguez, 2014).

“El conocimiento actual del tema es diverso, y el trabajar desde el inicio con indicadores pronóstico de la enfermedad, nos conducirá en gran medida a tener una valoración más integral y hacer predictores de la evolución de estos pacientes, con ello se evitaban conductas médicas que pudieran evolucionar a complicaciones, y a un desenlace fatal”. (Breijo, 2014)

El propósito de esta revisión bibliográfica y el presente trabajo es actualizar los conocimientos sobre diagnóstico, pronóstico, manejo nutricional y nuevos tratamientos de pancreatitis en pediatría, en base a la mejor evidencia disponible dejar en claro el cuadro clínico de la patología y además de la elaboración del protocolo de cuidados específicos mediante planes de atención de enfermería basados en las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General

- Analizar cuáles son las causas específicas sobre la enfermedad de Pancreatitis en relación a sus cuidados de Enfermería mediante una revisión bibliográfica e historial clínico.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad.
- Determinar las actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida en base a la atención de enfermería.
- Proponer un protocolo de cuidados dirigido al personal de enfermería en el servicio de pediatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE

3.1. Información Disponible

Toda la información utilizada en este análisis de caso ha sido obtenida principalmente de la historia clínica que proviene del Hospital Provincial General de Latacunga, de la cual se obtuvo información de antecedentes patológicos tanto personales como familiares, el motivo de consulta, principal sintomatología, el ingreso de hospitalización con algunos exámenes de laboratorio y evolución correspondiente de la patología, lo cual permitió llegar a un diagnóstico definitivo y poner inmediatamente en tratamiento al paciente, con el fin de contrarrestar la enfermedad y brindar los cuidados óptimos.

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES MÉDICAS

INGRESO AL HOSPITAL 13/MARZO/2017

Hora: 08:55

Servicio: Emergencia

Signos Vitales:

F.C: 86x' F.R: 22x' T°: 37.8 °C

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL

Antecedentes personales: producto de cuarta gesta, ningún control madre no toma hierro ni ácido fólico, parto cefalovaginal sin complicación, llanto inmediato, apego precoz, APGAR y medidas antropométricas no refiere. Esquema de vacunación completa.

Enfermedad actual: paciente refiere que desde hace 5 días presenta dolor abdominal de gran intensidad en mesogástrico y epigástrico tipo cólico, además refiere hipoxemia, alza térmica no cuantificada, diarreas por 15 ocasiones, vómitos por 10 veces posterior a la ingesta de papas fritas con mayonesa en la calle, por lo que se administra apronax por una ocasión cuadro no cede por lo que acude a esta casa de salud.

EXAMEN FÍSICO: Abdomen doloroso a la palpación difuso, rígido, mackburney positivo, signo de dunphy positivo.

Indicaciones Médicas:

Nada por vía oral, control de signos vitales, medios físicos. Solución salina al 0.9% 300 miligramos intravenoso en este momento. Ampicilina más Sulbactam 1.5 miligramos intravenoso ahora.

Servicio: Emergencia

Hora: 16:45

Nota médica de cirugía:

Paciente masculino de 11 años de edad estudiante no refiere antecedentes patológicos personales de importancia. Motivo de consulta: dolor abdominal. Enfermedad actual: paciente refiere dolor abdominal tipo cólico que inicia el día martes aparentemente por la ingesta de papas al momento paciente algico, refiere dolor generalizado y varias deposiciones diarreicas. Examen físico: paciente consciente orientado afebril hidratado. Abdomen tenso doloroso a la palpación de forma generalizada. Polimorfos (+++), leucocitos 16600, neutrófilos 84.8%. Diagnóstico: gastroenteritis más abdomen agudo.

Indicaciones médicas:

Ingreso a pediatría. Nada por vía oral. Solución salina al 09% 1700 miligramos intravenoso en 24 horas. Ampicilina más Sulbactam 800 miligramos intravenoso cada 6 horas. Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 6 horas.

Reporte de Enfermería:**Hora:** 17:30

Paciente de 11 años de edad diagnóstico de apendicitis aguda despierto, consiente, fascias pálidas, mucosas orales semihumedas, abdomen suave doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con vía periférica permeable, con pulsera, ingresado al sistema con descargos.

Nota médica de cirugía:

Paciente con dolor abdominal tipo cólico de 5 días de evolución acompañado de vómito, fiebre y 10 deposiciones diarreicas diarias liquidas al examen físico mucosas secas, frecuencia respiratoria 20x', frecuencia cardiaca 90x'. Abdomen: plano con ligera distensión abdominal, tenso no contractivo doloroso en hemi-abdomen izquierdo específicamente en hipocondrio izquierdo, ruidos hidroaereos concentrados. Por la clínica y los exámenes complementarios no se considera apendicitis aguda impresión Enterocolitis bacteriana por lo que decide ingreso y valoración en pediatría.

Indicaciones médicas:

Ecografía abdominal matutina.

Análisis del caso:

Dentro de la historia clínica se observa que el paciente ingresa al servicio de emergencia, donde lo reciben utilizando el mecanismo de triaje de Manchester el cual nos señala que la atención de acuerdo a la gravedad del paciente, es urgente es decir la espera máxima de atención médica es de 60 minutos.

“Sistema de triaje de Manchester introducido en 1996, clasifica las urgencias por signos y síntomas, con cuestionarios de respuestas dicotómicas y divide la atención en 5 niveles de triaje asignando un tiempo límite para su atención lo cual permite realizar una vigilancia de calidad en el indicador tiempo”. (Obando, 2015).

Los signos y síntomas que el paciente presenta coinciden con muchas patologías es ahí la importancia de diferenciar entre diagnósticos. El primer encuentro con el paciente debe ser el óptimo y adecuado para poder brindar cuidados exactos, recoger datos precisos que ayuden con el tratamiento y pronta recuperación, facilitando así el trabajo del equipo de salud; al ser emergencia un servicio de alta tensión y rápida reacción.

Se le realiza una entrevista clara con preguntas adecuadas a la madre y al paciente para obtener información de sus antecedentes personales y familiares al mismo tiempo el estado actual del paciente que signos y síntomas presenta desde hace cuánto tiempo los está presentando si asistió a otra casa de salud si tomo algo para calmar el dolor, el vómito o la diarrea.

Cada pregunta debe ser contestada y claramente plasmada en la Historia Clínica, el personal de enfermería desde el inicio debe de ganarse la confianza del paciente y de sus familiares al tratarse de un niño el trato debe ser diferente más paciencia más entusiasmo y sobre todo brindar amistad y seguridad de que esta en un lugar seguro en donde lo ayudaran a sentirse mejor.

Al tratarse de una evolución de los signos y síntomas de más de 5 días hablamos de un caso en el que se debe actuar de inmediato se debe poner en contacto con profesionales médicos especializados al no contar con estos médicos y sin tener un cuadro clínico exacto se deberá pensar en diagnósticos presuntivos y lo más pronto dar solución y mejoría al problema que afecta al paciente.

Es de suma importancia verificar el estado nutricional del niño en su primer ataque de pancreatitis, para determinar e identificar las deficiencias nutricionales específicas que existen en este caso. Igualmente, es prudente la búsqueda de complicaciones como las hepáticas e infecciosas, que hacen que el niño presente hipermetabolismo o pérdidas exageradas, que requieran de un incremento en nutrientes, como parte del manejo integral del niño con pancreatitis se incluye el “nada por vía oral” o “reposo intestinal”.

Uno de los objetivos del tratamiento médico es disminuir la secreción pancreática, o sea dejar que el páncreas descanse o lo que se conoce como reposo pancreático. Las medidas que se adoptan para tal objetivo son empíricas y ninguna de ellas ha sido demostrada científicamente, que tengan algún efecto beneficioso a ciencia cierta. Pero a pesar de ello se siguen utilizando.

“Es necesario realimentar a estos niños, para evitar la atrofia intestinal y la alteración en la función de barrera intestinal y así no comprometer mucho más su estado nutricional. La reinstauración de la vía enteral dependerá de la severidad con que se presente la pancreatitis y por lo general, entre el quinto y séptimo día es posible que se tolere adecuadamente la vía oral”. (Velasco, 2012)

Siendo así nuestro primer cuidado el de educar y explicar al paciente y familiar que no debe consumir alimentos ni ningún líquido por vía oral además de explicar el cuidado de la vía periférica lo cual ayudara mucho al personal de enfermería en no recanalizar o perder vías por la falta de información y desconocimiento del mismo.

Además del reposo pancreático dentro del tratamiento es requerida analgesia y la administración de líquidos endovenosos. La buena hidratación del niño beneficiará su estabilidad cardíaca. Debido a la presencia de dolor que el paciente presenta se empieza con administración de analgesia, siendo el fármaco de primera elección el ketorolaco calculando su dosis según peso del paciente.

Los resultados de los exámenes de laboratorio arrojan niveles alterados los mismos que deberían brindar ayuda al equipo de salud para arrojar un diagnóstico exacto; debido a los altos niveles de leucocitos 16600 y neutrófilos 84.8%, se decide empezar con terapia antibiótica a lo cual el personal de enfermería administra y cumple con la aplicación de los 10 correctos.

“Excepcionalmente y tan solo en casos severos como la necrosis pancreática, se requiere de antibióticos. El uso de antibioterapia profiláctica es controvertido, aunque se recomienda cuando la necrosis es superior al 30% por incremento del riesgo de infección”. (Muñoz, 2015).

Una vez realizada la admisión del paciente a esta casa de salud y al haber cumplido con protocolos el paciente con la información adecuada ingresa a sala de pediatría al tratarse de un niño menor de edad debe ir acompañado de su familiar en este caso su madre la misma que recibió información y asesoría por parte del personal de salud.

INGRESO A PEDIATRIA 13/MARZO/2017

Hora: 18:15

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 90x' F.R: 30x' T°: 37 °C P.A: 90/50mmHg

Reporte de enfermería:

Paciente ingresa al servicio de Pediatría consiente, orientado, fascias ligeramente pálidas mucosas orales semihidratadas, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, vía periférica permeable.

Plan de Atención de Enfermería:

- Recepción del paciente.
- Verificar manilla de identificación.
- Tomar y registrar signos vitales y saturación.
- Administrar medicación prescrita.
- Mantener vía periférica permeable.
- Vigilar signos de flebitis.
- Brindar medidas de confort e higiene.
- Mantener con familiar permanente.
- Mantener con barandales elevados.
- Reportar novedades.

Indicaciones médicas:

Peso antes y después de hidratación, valorara hidratación, coprocultivo antes de administrar antibiótico.

Reporte de enfermería:**Hora:** 20:00

Paciente recibe visita de médico tratante, quien valora al paciente y deja ordenes de pasar un parte operatorio urgente para lo cual se realiza el descargo de insumos.

Hora: 20:15

Paciente baja a quirófanos con bata quirúrgica e historia clínica, los insumos están pendientes ya que se están retirando de farmacia.

Nota posoperatoria:**Hora:** 22:00

Diagnostico preoperatorio: Abdomen agudo inflamatorio.

Diagnostico postoperatorio: Pancreatitis aguda necrotizante.

Hallazgos: liquido inflamatorio más gleras en cavidad 500 mililitros. Proceso inflamatorio peripancreático. Necrosis grave de fascia peripancreatica.

Procedimiento: Laparotomía media. Aspiración de líquido. Desbridamiento de masa peripancreatica. Colocación de drenaje tisular en transcavidad de los epiplones. Drenaje penrose en parieto cólico derecho.

Indicaciones médicas:

Nada por vía oral. Monitoreo continuo. Solución salina 0.9% 2000 mililitros intravenoso en 24 horas. Tramadol 30 miligramos intravenosos cada 8 horas. Ceftriaxona 500 miligramos cada 12 horas. Metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas. Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 8 horas. Diuresis horaria más control de ingesta y excreta. Control y cuantificación de drenaje. Control y cuantificación de sonda nasogástrica. Amilasa, lipasa. Tomografía de abdomen.

Ingreso a sala de recuperación:**Hora:** 22:40**Servicio:** Centro quirúrgico**Signos Vitales:**

F.C: 100x' P.A: 110/70mmHg ST: 95%

Reporte de enfermería:

Paciente ingresa a sala de recuperación bajo anestesia general, consciente, signos estables, fascias pálidas, mucosas orles semihumedas, abdomen suave depresible con presencia de herida quirúrgica con líquido seroso, con dren, con sonda vesical permeable eliminando diuresis de características normales, vía periférica permeable.

Plan de Atención de Enfermería:

- Control de vía periférica.
- Control de signos vitales.
- Control de herida quirúrgica
- Control de sonda vesical.
- Control de vía periférica permeable.
- Administrar medicación prescrita.
- Control de diuresis.
- Control de dren.
- Brindar medidas de confort y bioseguridad
- Reportar novedades.

Ingreso a sala de Pediatría 14/MARZO/2017

Hora: 00:45

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x' P.A: 110/70mmHg ST: 95%

Reporte de enfermería:

Paciente sube de quirófano somnoliento junto a sus familiares en camilla, con vía periférica permeable con apósitos ligeramente manchados con líquido purulento con dren con 30 mililitros de líquido serohemático con sonda vesical permeable, se realiza hoja de caídas.

Nota medica de cirugía:

Hora: 06:30

Paciente de 11 años de edad refiere dolor a nivel de herida quirúrgica, consciente, orientado, afebril, hidratado en pronóstico reservado. Abdomen con presencia de apósito húmedo presencia de drenaje productivo de líquido seropurulento doloroso a la palpación profunda.

Indicaciones Médicas:

Nada por vía oral. Posición semifowler. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Reponer con solución salina al 0.9% centímetro a centímetro de lo eliminado por dren. Solución salina 0.9% 2000 mililitros intravenoso cada 24 horas. Tramadol 30 miligramos intravenoso cada 8 horas. Ceftriaxona 1500 miligramos intravenoso cada 12 horas. Metronidazol 240 miligramos intravenoso cada 6 horas. Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 8 horas. Control de ingesta y excreta. Diuresis horaria. Densidad urinaria 2 veces al día. Sonda vesical permanente. Biometría hemática, TP, TTP, Perfil hepático, urea, creatinina, amilasa-lipasa, glucosa. Electrolitos sodio, potasio, cloro. Destrostix dos veces al día. Tomografía abdominal pendiente. Novedades.

Evolución médica de la tarde

Hora: 16:00

Paciente refiere sed y dolor leve en sitio quirúrgico. Paciente presenta temperatura de 39.1°C. Madre y paciente refieren que hace 7 días mientras realizaba actividad deportiva, sufre caída en la que se golpea abdomen.

Indicaciones Médicas:

Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Paracetamol 480 miligramos endovenoso en este momento. Solución salina al 0.9% 300 mililitros intravenoso en este momento.

Reporte de enfermería:

Hora: 18:00

Paciente masculino de 11 años de edad permanece estable, consciente, orientado, autonomía respiratoria, abdomen suave depresible doloroso a la palpación, con herida quirúrgica más dren eliminando liquido cafecito en poca cantidad, vía

periférica permeable, sonda vesical permeable diuresis de características normales, se administra medicación.

16/MARZO/2017

Hora: 07:00

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x´ F.R:28x´ T: 37°C ST: 92%

Indicaciones Médicas:

Dieta líquida estricta. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Destrostix cada 12 horas. Reeducción vesical, previa a retiro de sonda vesical. Dextrosa en agua al 5% 1700 mililitros más cloruro de sodio 90 miliequivalentes más 60 miliequivalentes de potasio endovenoso en 24 horas. Suspender tramal. Ceftriaxona 1500 miligramos intravenoso cada 12 horas. Metronidazol 230 miligramos intravenoso cada 6 horas. Ketorolaco 15 miligramos intravenoso cada 8 horas. Pendiente resultado de TAC abdomen. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Novedades.

Plan de Atención de Enfermería:

- Toma y registro de signos vitales.
- Cuidado de vía periférica.
- Hidratación permanente.
- Administra medicación.
- Reeducción vesical.
- Control ingesta y excreta.
- Densidad urinaria.
- Diuresis horaria.
- Pendiente resultado de TAC de abdomen.
- Fisioterapia respiratoria.
- Mantener en nada por vía oral.
- Normas de Bioseguridad

Reporte de enfermería:**Hora:** 18:30

Paciente permanece en el servicio junto a un familiar está consciente, orientado afebril en el pase de visita dejan indicado dieta líquida estricta, madre da pequeños sorbos que hasta el momento tolera, con dispositivo intravenoso permeable, recibe medicación prescrita, se continua con reeducación vesical para ser retirado a las 19:00.

Análisis del caso:

Luego de la valoración en emergencia y decidir que el paciente necesita tratamiento específico cumplir con reposo es ingresado en pediatría servicio en el cual se alojan pacientes menores de edad hablamos de un rango de edad de 29 días de nacido hasta cumplir los 17 años. Este servicio será específico y adecuado para el paciente el mismo que es recibido por el personal de enfermería quien le brinda la confianza, la ayuda, la educación y la información que le hiciera falta además de los cuidados para su patología.

El mismo día al darse cuenta el personal de enfermería con el cambio de turno y cada uno de sus reportes que el paciente no presenta mejoría se decide avisar al médico tratante el mismo que valora a paciente y decide una intervención quirúrgica de emergencia para lo cual se debe cumplir con protocolos preoperatorios. Los mismos que abarcan un sin fin de actividades de enfermería que al contar con poco tiempo deben ser cumplidas las más específicas y las que podrían evitar complicaciones luego de la intervención.

Luego de realizada la intervención podemos darnos cuenta que se tuvo una serie de hallazgos quirúrgicos como liquido inflamatorio más gleras en cavidad 500 mililitros. Proceso inflamatorio peripancreático. Necrosis grave de fascia peripancreatica, los mismos que fueron valorados, controlados y se llevó a cabo actividades específicas como laparotomía media, aspiración de líquido, desbridamiento de masa peripancreatica, colocación de drenaje tisular en transcavidad de los epiplones y drenaje penrose en parieto cólico derecho. Lo cual nos da el diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante.

“En pancreatitis, el manejo quirúrgico se limita a la debridación de la necrosis pancreática infectada y se prefiere, antes de abordar a un niño quirúrgicamente, a menos de caso extremo y necesario, un periodo de al menos dos semanas, para permitir la demarcación del área necrótica y para disminuir la pérdida de tejido vital por la resección quirúrgica”. (Velasco, 2012)

Sin embargo en este caso fue extremo y necesario el intervenir quirúrgicamente al paciente una vez obtenidos todos estos datos ya se tiene una certeza de cuáles son los cuidados que el paciente debe recibir por parte del personal de enfermería, además de cumplir con las indicaciones dadas por los médicos y plasmadas en la Historia Clínica, con firma y sello para evitar problemas siendo esto un paso a cumplir dentro de nuestra actividad diaria como personal de enfermería.

Se debe analizar el proceso postoperatorio y brindar cuidados adecuados entre ellos, valorar el estado general del paciente, nivel de consciencia, respiración, comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, coloración de piel y mucosas, acomodar al paciente en la posición más adecuada, administrar sueroterapia prescrita, valorar la aparición de náuseas y vómitos, detectar precozmente la distensión abdominal, valorar peristaltismo, cuidados de herida quirúrgica al tratarse de una herida de 25 centímetros se debe realizar una limpieza diaria y una observación de signos de infección, diuresis horaria más control de ingesta y excreta ya que por la cirugía realizada más la patología que presenta es una actividad que se debe cumplir y tener muy en cuenta para evitar alteraciones hemodinámicas, control y cuantificación de drenajes, control y cuantificación de sonda nasogástrica.

“Algo muy importante en la pancreatitis es el uso aislado o en combinación de antiespasmódicos y analgésicos tradicionales es a menudo efectivo. Aunque los antiinflamatorios no esteroideos son efectivos, la mejor eficacia se logra con el uso de opiáceos”. (Machado, 2012)

Es por esta razón es que se administra tramal por vía intravenosa el mismo que ayudara a inhibir el dolor porque su mecanismo de acción es inmediato.

En cuanto a los antibióticos deberán ser administrados a las horas establecidas y cumplir sus 10 días de administración.

Al paciente se le realizan más exámenes complementarios entre ellos el de laboratorio para confirmar el diagnóstico ya establecido a lo cual nos arroja resultados no tan favorables. Amilasa 125.0 U/L y Lipasa 417.0 U/L. Glóbulos blancos 16.600. Hemoglobina de 13.70 g/Dl.

“En general, los paraclínicos para el diagnóstico de pancreatitis son inespecíficos, y no hay un paraclínico definitivo para su diagnóstico. Hay que tener en cuenta, que a pesar de que la amilasa sérica es uno de los paraclínicos más solicitados para el diagnóstico, son diversas las causas que la pueden incrementar”. (Velasco, 2012).

Sin embargo la determinación de niveles altos de amilasa y lipasa es la prueba más útil en presencia de una clínica compatible, sin correlacionarse sus niveles con la gravedad del cuadro. La ecografía abdominal es la primera prueba de imagen por realizar, reservando la tomografía axial computadorizada (TAC) para los casos de evolución desfavorable.

“La gravedad y el riesgo de complicaciones asociadas puede valorarse mediante una tomografía axial computadorizada (TAC) según el puntaje de Balthazar, que otorga una puntuación en función del grado de inflamación y de necrosis (de menor grado, A, a mayor, E)”. (Muñoz, 2015).

La tomografía axial computadorizada es el método de elección para el diagnóstico de pancreatitis necrotizante ya que permite una mejor visualización de los órganos retroperitoneales. En los pacientes estables desde el punto de vista hemodinámico y con cifras de amilasa sérica elevadas debe realizarse una tomografía axial computadorizada abdominal, a ser posible helicoidal, con doble contraste (oral e intravenoso).

No obstante, debe tenerse en cuenta que si la tomografía axial computadorizada es muy precoz puede no encontrarse ningún signo de lesión pancreática.

Esto no debe significar que debemos retrasar su realización, sino que probablemente tengamos que repetirla si persiste la sintomatología. Por todo esto, los médicos dejan indicado realizar una tomografía axial computarizada abdominal la misma que por la situación del paciente y por problemas en la máquina de tomografías de esta casa de salud se tuvo que aplazar y realizársela tres días después.

Dando como resultado de la tomografía presencia de abundante líquido en la cavidad abdominal distribuido en todos los espacios y predominantemente en área supra pancreática en un volumen aproximado de 116.4 a este nivel. Presencia de neumoperitoneo peri hepático, interasa y peripancreático. Enfisema subcutáneo izquierdo. Páncreas con alteración en su forma, contornos lisos sobre todo cabeza y cuerpo, mide cabeza 1.6cm, cuerpo 1.3cm, cola 3cm rodeado de líquido peripancreático al administrar contraste intravenoso existe realce homogéneo de aproximadamente 70% de la glándula. Conclusión pancreatitis tipo E, con necrosis de aproximadamente 30%.

Una vez confirmada la patología que el paciente presenta se continúa con el tratamiento y además se da nuevas indicaciones; fisioterapia respiratoria con incentivometro y nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Las mismas que deben ser realizadas y supervisadas por el personal de enfermería el mismo que cumple y se refleja en cada cambio de turno y en el KARDEX hoja que es parte de la historia clínica del paciente, uso exclusivo del personal de enfermería donde se registra la administración o no de cada medicación según su fecha y hora exacta.

17/MARZO/2017

Hora: 06:30

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x´ F.R:28x´ T: 37°C ST: 91% P.A:120/84mmHg.

Reporte de enfermería:

Paciente masculino de 11 años de edad permanece estable, consciente, autonomía respiratoria, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación con herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización más dren eliminando liquido café obscuro en poca cantidad, vía periférica permeable, diuresis espontanea, presenta deposiciones diarreicas.

Evolución médica:**Hora:** 16:00

Paciente al momento descansa tranquilo sin referir, molestias. Abdomen suave depresible no doloroso. Drenaje con presencia de líquido abundante. Nota mañana dieta blanda gástrica. Curación Hoy.

20/MARZO/2017**Hora:** 06:50**Servicio:** Pediatría**Signos Vitales:**

F.C: 91x´ F.R:20x´ T: 36.8°C ST: 95%

Indicaciones Médicas:

Dieta blanda. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Destrostix cada 12 horas. Dispositivo intravenoso sin heparina. Suspende Dextrosa. Suspende Ketorolaco. Ceftriaxona 1500 miligramos intravenoso cada 12 horas. Metronidazol 230 miligramos intravenoso cada 6 horas. Paracetamol 430 miligramos vía oral cada 6 horas. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Cuidados de herida quirúrgica. Laboratorio lipasa-amilasa y citoquímico bacteriológico de drenaje abdominal. Novedades.

Reporte de enfermería:**Hora:** 18:30

Paciente de sexo masculino de 11 años de edad permanece en pediatría, al momento despierto, consciente, orientado, afebril, fascias normales con buena autonomía respiratoria, mucosas orales húmedas, abdomen suave depresible poco doloroso a la palpación, con presencia de herida quirúrgica en proceso de cicatrización, con dren permeable productivo que elimina liquido serohemático con dispositivo intravenoso permeable al momento no refiere molestias.

22/MARZO/2017

Hora: 07:00

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 80x´ F.R:24x´ T: 36°C ST: 92%

Evolución médica:

Paciente al momento sin molestias descansa tranquilo por la noche. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, herida quirúrgica en buenas condiciones, ruidos hidroaereos presentes, drenaje a nivel de lecho pancreático con liquido amarillento.

Indicaciones Médicas:

Dieta general hipograsa e hiperproteica. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Destrostix cada 12 horas. Dispositivo intravenoso sin heparina. Ceftriaxona 1500 miligramos intravenoso cada 12 horas. Suspender Metronidazol. Paracetamol 500 miligramos cada 6 horas. Reponer lo drenado del drenaje abdominal con solución salina al 0.9% milímetro por milímetro cada 6 horas. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Cuidados de herida quirúrgica. Novedades.

25/MARZO/2017

Hora: 07:00

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 85x´ F.R:25x´ T: 36°C ST: 93%

Indicaciones Médicas:

Dieta general hipograsa e hiperproteica. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Destrostix cada 12 horas. Dispositivo intravenoso sin heparina. Suspender Ceftriaxona. Suspender paracetamol. Reponer lo drenado del drenaje abdominal con solución salina al 0.9% milímetro por milímetro cada 6 horas. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Cuidados de herida quirúrgica. Novedades.

Reporte de enfermería:

Paciente masculino de 11 años de edad permanece estable, consiente, autonomía respiratoria, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación con herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización, mas dren eliminando líquidos blanquecinos en poca cantidad, dispositivo intravenoso permeable, no presenta molestias.

27/MARZO/2017**Hora:** 07:00**Servicio:** Pediatría**Signos Vitales:**

F.C: 95x´ F.R:25x´ T: 36°C ST: 92%

Evolución Médica:

Paciente despierto consciente, orientado, hidratado, abdomen suave depresible leve dolor a la palpación, ruidos hidroareos presentes, sitio quirúrgico con edema eritematoso y con supuración.

Indicaciones Médicas:

Dieta hipograsa e hiperproteica. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Destrostix suspendido. Dispositivo intravenoso sin heparina. Reponer lo drenado del drenaje abdominal con solución salina al 0.9% milímetro por milímetro cada 6 horas. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Densidad urinaria. Novedades.

Indicaciones Médicas:**Hora:** 16:00

Sales de rehidratación oral 200 mililitros según drenaje.

Hora: 19:15

Retiro de dren. Valorar exámenes mañana. Reponer perdida de herida del dren por vía oral.

Evolución Médica:**Hora:** 19: 30

Paciente con dolor abdominal. Abdomen suave depresible, ruidos hidroareos presentes, presencia de salida de líquidos que antes drenaba por sonda hoy drena por medio de la herida lo que nos hace pensar en fistula pancreática.

Indicaciones Médicas:

Limpeza de herida. TAC de abdomen con contraste.

Reporte de enfermería:

Paciente masculino de 11 años de edad turno de la noche irritable, algico, intranquilo, se administra medicación con el cual sede dolor, fascias ligeramente pálidas, mucosas orales hidratadas con buena autonomía respiratoria, con apósitos limpios y secos, refiere ligero dolor al movimiento a nivel de sitio quirúrgico, diuresis espontanea, recibe medicación prescrita.

29/MARZO/2017**Hora:** 07:00**Servicio:** Pediatría**Signos Vitales:**

F.C: 100x´ F.R:26x´ T: 36.2°C ST: 89%

Indicaciones Médicas:

Nada por vía oral. Dieta hiperproteica e hipograsa luego de realizar TAC simple de abdomen. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Control de ingesta y excreta. Peso diaria. Cuidados de sonda abdominal. Sales de rehidratación oral a tolerancia. Dispositivo intravenoso sin heparina.

Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Omeprazol 15 miligramos endovenoso cada 12 horas. Densidad urinaria. Pendiente TAC de abdomen. Novedades.

Reporte de enfermería:

Paciente durante la mañana en compañía de su madre, con fascias pálidas, autonomía respiratoria conservada, abdomen suave depresible, herida quirúrgica en proceso de cicatrización, apósito a nivel de herida ligeramente manchado de líquido seroso, presencia de dren productivo, se administra medicación prescrita, dispositivo intravenoso permeable.

30/MARZO/2017

Hora: 07:00

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x´ F.R:26x´ T: 36.2°C ST: 89%

Indicaciones Médicas:

Dieta hiperproteica e hipograsa. Control de signos vitales y saturación de oxígeno cada 6 horas. Suspender control de ingesta y excreta. Peso diario. Cuidados de sonda abdominal. Sales de rehidratación oral a tolerancia. Suspender dispositivo intravenoso sin heparina. Fisioterapia respiratoria con incentivometro. Suspender nebulizaciones con solución salina al 0.9% 2.5 mililitros cada 8 horas. Suspender Omeprazol 15 miligramos endovenoso cada 12 horas. Suspender densidad urinaria. Omeprazol 20 miligramos vía oral día. Novedades. Pre-ALTA.

Reporte de enfermería:

Paciente durante la noche descansa tranquilo en compañía de su familiar, con buena autonomía respiratoria, herida quirúrgica en proceso de cicatrización, con drenaje a nivel de hipocondrio derecho productivo, se brinda cuidados de enfermería.

Análisis del caso:

Después de 4 días de permanecer en nada por vía oral y recibir líquidos intravenosos de forma permanente se cambia la dieta que empieza por probar tolerancia como dieta líquida estricta, luego dieta blanda y terminamos en dieta hiperproteica e hipograsa, la misma que el paciente debe cumplir por el resto de días ya sea en su permanencia en el establecimiento y al llegar a su hogar.

Del mismo modo se cumplió con los días de recibir hidratación permanente y el paciente debe solo tener un dispositivo intravenoso sin heparina (DISH) el mismo que permite al personal de enfermería administrar la medicación prescrita, administrar la reposición de líquidos según eliminación por dren y cualquier medicación que el paciente necesite según su estado y según indicaciones médicas.

La limpieza y curación que debe recibir el paciente a nivel de herida quirúrgica y dren debe ser diario el mismo que se cumple tanto por parte del personal médico como por el personal de enfermería ya que es el que debe de apoyar y asistir al médico o a quien realice la curación, en cada cambio de turno se deberá revisar al paciente preguntar sus molestias y dolencias además de valorar herida, apósitos, dren y eliminación.

El día 20 de marzo al paciente se le realiza exámenes de laboratorio los mismos que arrojan niveles más altos que los anteriores amilasa de 166.0, lipasa de 643.0, a lo cual se tomó en cuenta y llamo mucho la atención del personal de salud por lo que se decidió poner al paciente en nada por vía oral y realizar un pedido de tomografía axial computarizada (TAC).

En cuanto a Glóbulos blancos 8.800 disminuyeron sus niveles lo que se puede interpretar es que los antibióticos cumplieron con su función, en esta patología a diferencia de otras el uso de antibióticos es poco común. Luego de recibir los diez días prescritos de antibiótico se suspende su administración.

Al día 21 de marzo reciben resultados de laboratorio realizados a una muestra del líquido abdominal proveniente del dren los mismos que arrojan datos más exactos de amilasa y lipasa. Existe un gran avance en cuanto al líquido peripancreático proveniente del páncreas ya que empezó siendo de gran cantidad y de color serohemático a convertirse en color blanquecino y de muy poca cantidad razón por la cual se recibe indicaciones de retiro de dren el mismo que al ser retirado produce dolor y molestias al paciente y cede luego de la administración de una dosis de ketorolaco.

31/MARZO/2017

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x' F.R:26x' T: 36.2°C ST: 89%

Indicaciones Médicas:

Hora: 07:00

Alta por cirugía. Control 6 de Abril 2017 por cirugía. Novedades.

Hora: 11:45

Enseñar a la madre manejo y cuantificación del dren.

Reporte de enfermería:

Paciente ambulatorio en la tarde permanece tranquilo no refiere ninguna molestia signos vitales en parámetros normales, drenaje que elimina líquido amarillento en poca cantidad, se hidrata con suero oral.

03/ABRIL/2017

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x' F.R:26x' T: 38°C ST: 89%

Reporte de enfermería:

Hora: 12:00

Paciente de 11 años de edad permanece consciente, orientado, fascias pálidas, mucosas orales semihumedas, presenta temperatura de 38°C se administra medicación prescrita y medios físicos y cede a 37.5° C, abdomen suave, depresible poco doloroso a la palpación con presencia de drenaje por el cual elimina liquido de color blanco en poca cantidad, diuresis espontanea.

Reporte de enfermería:

Hora: 18:00

Paciente permanece estable, consciente, autonomía respiratoria, falta de apetito, presenta alza térmica de 38° C, se comunica al médico, se administra medicación antipirética vía oral y cede. Abdomen suave, depresible no doloroso a la palpación, mas dren eliminando liquido blanquecino.

Evolución Médica:

Hora: 19:00

Paciente al momento algico, refiere falta de apetito, irritable al manejo.

Reporte de enfermería:

Hora: 19:00

Paciente con alza térmica de 37.6°C se baja por medios físicos y se queda con 36.6 paciente refiere que no tiene apetito.

04/ABRIL/2017

Servicio: Pediatría

Signos Vitales:

F.C: 100x´ F.R:26x´ T: 38°C ST: 89%

Reporte de enfermería:

Hora: 06:00

Paciente en la noche descansa tranquilo, afebril, hidratado, aproximadamente a las 6 am refiere leve dolor a nivel de epigastrio luego de ir al baño, recibe mediación prescrita, drenaje con líquido amarillento en poca cantidad.

Indicaciones Médicas:

Hora: 07:00

Alta. Plan de alta. Referencia inversa. Omeprazol 20 miligramos vía oral cada día por 30 días. Control por cirugía. Control por pediatría. Curación de drenaje cada 48 horas en el centro de salud. Certificado por cuatro días y exonerado cultura física.

Reporte de enfermería:

Niño egresa del servicio de pediatría en compañía de su familiar, afebril, mucosas orales húmedas, buena autonomía respiratoria, abdomen suave depresible a la palpación, presencia de drenaje por el cual elimina líquido serohemático, se entrega documentos respectivos del alta, y se indica los cuidados generales en el hogar.

Análisis del caso:

Luego de recibir resultados de la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal contrastada los médicos de cirugía deciden dar el alta al paciente el mismo que se queda a cargo del personal de pediatría y quienes deciden dejar al paciente 4 días más bajo observación y para evitar un pronto reingreso.

Tras permanecer 23 días en hospitalización se procede a dar el alta al paciente ya que se observa mejoría en su estado de salud por medio de exámenes de laboratorio con resultados normales, fascias normales, mucosas orales hidratadas, autonomía respiratoria, abdomen suave depresible, correcta deambulación y un alto estado de ánimo identificado en el rostro del paciente. Las indicaciones para el alta del paciente son recibir suero oral y administrar según tolerancia, se le prescribe Omeprazol 20 miligramos misma medicación que debe ser administrada en el hogar por 30 días.

Paciente y familiares reciben información y educación acerca de signos de alarma siendo estos vomito constante, diarrea, falta de apetito, decaimiento, dolor a nivel de herida quirúrgica, se entrega documentación completa que consta de plan de alta, certificado médico, receta médica y contrareferencia que va dirigida al centro de salud más cercano al domicilio del paciente, el cual da un resumen de las

intervenciones realizadas en el hospital, la evolución, el diagnóstico y el tratamiento. Deberá asistir a la curación del drenaje cada 48 horas en el centro de salud. Mismos cuidados que fueron dados a conocer a su madre por parte del personal de enfermería. Educación acerca de la alimentación que debe y no recibir en su hogar. El paciente refiere deseos de estar en casa y junto a su familia.

3.2. Información no Disponible

Al no poder obtener una información completamente clara mediante la Historia Clínica del paciente, se le aplicó una entrevista estructurada llamada Valoración del Estudio de caso, para poder adquirir mayor información sobre la evolución de la patología. **Anexo 1**

La estructura de la entrevista fue basada en la recolección de información personal del paciente, valoración por dominios y clases. A continuación se detalla la información obtenida en procesos de atención de enfermería basados en los dominios y clases de la taxonomía/clasificación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

Paciente de 11 años de edad de sexo masculino perteneciente a la parroquia Belisario Quevedo de religión católica, estudiante de primaria con Diagnóstico Médico de Pancreatitis Necrotizante. Acude al Hospital Provincial General de Latacunga a causa de presentar dolor abdominal acompañado de alza térmica no cuantificada, diarreas por 15 ocasiones, vómitos por 10 veces posterior a la ingesta de papas fritas con mayonesa en la calle, por lo que se administra apronax por una ocasión; cuadro no cede.

Antecedentes

personales:

Traumatismo desde su propia altura sobre abdomen.

Antecedentes familiares:

Diabetes Mellitus: abuela, patología en tratamiento

VALORACION POR DOMINIOS:

Dominio 1 Promoción De La Salud

Paciente con un aspecto general descuidado con alto nivel de desconocimiento de actividades que permiten mantener salud y bienestar. La falta de interés y el descuido son actividades familiares que afectan el tratamiento.

En el hogar son 4 los miembros que lo habitan el paciente es el último hijo tiene 2 hermanos, en el hogar existen un aproximado de 15 animales de granja entre cutes y gallinas, mascotas 4 y vectores como moscas, pulgas y piojos la cantidad es innumerable.

Dominio 2 Nutrición

Paciente de aproximadamente 32 kilogramos de peso, talla de 1.35 metros, constitución delgada con un IMC de 17,6. Piel de características secas. Apetito disminuido. Consumo diario habitual bajo. Ingesta de líquidos baja. Alimentos restringidos ninguno esto da a entender que el conocimiento sobre alimentos y dieta equilibrada es insuficiente.

Dominio 4 Actividad/Reposo

Paciente presenta historial anterior de insomnio. Se cansa rápido solo al caminar es por eso que presenta inactividad y sedentarismo. También porque al caminar rápido o correr le falta el aire se fatiga muy rápido. Las actividades de autocuidado son pocas el baño corporal lo realiza 2 veces a la semana y su vestimenta es inadecuada.

Dominio 6 Auto percepción

Paciente presenta una pobreza de sentimientos presentando así tristeza, inutilidad, inferioridad, impotencia, rabia y ansiedad respecto a su autoevaluación personal.

Dominio 7 Rol /Relaciones

El nivel de independencia del paciente es parcial tanto en lo físico, económico como en lo psicosocial. En las relaciones familiares han aparecido problemas por la enfermedad del paciente por lo tanto la percepción de la relación es insatisfactoria. Y se presenta la misma pobreza de sentimientos.

Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia Al Estrés

Paciente entra temporalmente en estados de tensión o ansiedad esto asociado a sentimiento de rabia y depresión.

Dominio 11 Seguridad /Protección

Paciente presenta un alto nivel de susceptibilidad a infecciones esto debido a presentar una inmunidad disminuida, a vivir en hacinamiento y una notable deficiencia de higiene. También presenta susceptibilidad a sufrir lesiones físicas o daño corporal debido a presentar depresión, ansiedad, soledad y una baja autoestima.

Existencia de fuentes de peligro en el entorno como instalaciones básicas inseguras, lugares de expendio de comida rápida, ríos contaminados, fábricas contaminantes y canales de riego.

Dominio 12 Confort

Paciente presenta sensación de abandono por parte de padre, sensación de aislamiento a causa de la enfermedad, sensación de sufrimiento madre trabaja lejos y casi no la ve además sensación de aislamiento social no tiene amigos.

4. DESARROLLO:

4.1. Descripción cronológica detallada del caso:

Paciente de sexo masculino de 11 años de edad, estado civil soltero, nacido en el cantón Latacunga, estudiante, reside en la parroquia Belisario Quevedo, en el barrio San Francisco, religión católica. De situación económica baja, Estudios realizados: primarios. Antecedentes patológicos personales: no refiere, Antecedentes quirúrgicos: no refiere. Alergia ninguna. Antecedentes patológicos familiares: no refiere. Ingres a al Hospital Provincial General Latacunga al referir que desde hace 5 días presenta dolor abdominal de gran intensidad en mesogástrico y epigástrico tipo cólico, además refiere hipoxemia, alza térmica no cuantificada, diarreas por 15 ocasiones, vómitos por 10 veces posterior a la ingesta de papas fritas con mayonesa en la calle, por lo que se administra apronax por una ocasión cuadro no cede por lo que acude a esta casa de salud. El paciente ingresa al servicio de emergencia, donde lo reciben utilizando el mecanismo de triaje de Manchester el cual nos señala que la atención de acuerdo a la gravedad del paciente, es urgente es decir la espera máxima de atención médica es de 60 minutos. Los signos y síntomas que el paciente presenta son: F.C: 86x´ F.R: 22x´ T°: 37.8 °C. Se le realiza exámenes de laboratorio los mismos que arrojan resultados de Polimorfos (+++), leucocitos 16600, neutrófilos 84.8%. Dando como diagnóstico: gastroenteritis más abdomen agudo. Paciente luego de pasar 8 horas bajo observación en sala de emergencia, de recibir atención médica, cuidados de enfermería, educación y medicación prescrita es trasladado al servicio de pediatría, acompañado de un familiar, al no presentar mejoría por la noche médico tratante decide enviar parte operatorio y realizar intervención quirúrgica para lo cual paciente recibe medicación y cuidados preoperatorios específicos. Los hallazgos quirúrgicos encontrados fueron liquido inflamatorio más gleras en cavidad 500 mililitros. Proceso inflamatorio peripancreático. Necrosis grave de fascia peripancreatica. A lo cual cirujano decide realizar actividades específicas como laparotomía media (25cm), aspiración de líquido, desbridamiento de masa peripancreatica, colocación de drenaje tisular en transcavidad de los epiplones y drenaje penrose en parieto cólico derecho. Siendo así el diagnostico postquirúrgico de pancreatitis aguda necrotizante.

Luego de dos horas de permanecer en recuperación paciente ingresa en pediatría, recibe cuidados postquirúrgicos, medicación prescrita y educación. Al paciente se le realiza más exámenes complementarios entre ellos el de laboratorio para confirmar el diagnóstico ya establecido a lo cual nos arroja resultados no tan favorables. Amilasa 125.0 U/L y Lipasa 417.0 U/L. Glóbulos blancos 16.600. Hemoglobina de 13.70 g/Dl. Una tomografía axial computadorizada de abdomen con resultados de presencia de abundante líquido en la cavidad abdominal distribuido en todos los espacios y predominantemente en área supra pancreática en un volumen aproximado de 116.4 a este nivel. Presencia de neumoperitoneo peri hepático, intereso y peripancreático. Enfisema subcutáneo izquierdo. Páncreas con alteración en su forma, contornos lisos sobre todo cabeza y cuerpo, mide cabeza 1.6cm, cuerpo 1.3cm, cola 3cm rodeado de líquido peripancreático al administrar contraste intravenoso existe realce homogéneo de aproximadamente 70% de la glándula. Conclusión pancreatitis tipo E, con necrosis de aproximadamente 30%. Paciente recibe atención continua, cuidados de enfermería, educación apoyo emocional, medicación prescrita y luego de 22 días de permanecer en esta casa de salud es dado de alta con buen estado de salud, dren con poca eliminación, previa educación a familiar y paciente, se entrega documentación en orden, se brinda consejería sobre alimentos que no debe consumir y sobre signos de alarma. Con todo esto paciente recibe el alta el 04 de Abril del 2017.

4.2. Descripción de los factores de riesgo

Al realizar el presente análisis de caso sobre pancreatitis necrotizante se puede identificar algunos factores de riesgo que posiblemente pudieron ser desencadenantes de la patología.

Siendo situaciones o circunstancias que se pueden observar en la población sana aumentando el riesgo de sufrir una enfermedad, la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

El tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que una persona padecerá la enfermedad. Además, muchas personas que adquieren la enfermedad pueden tener pocos o ninguno de los factores de riesgo conocidos. Entre los principales que contribuyen el desarrollo de pancreatitis tenemos:

El consumo de alcohol: La ingesta aislada de alcohol puede producir pancreatitis grave, pero lo habitual es que la ingesta continuada produzca pancreatitis crónica, que puede cursar con agudizaciones. Considerándose a este como el principal factor de riesgo en personas adultas y de preferencia en hombres.

Para el paciente no es un factor de riesgo a considerarse.

Alimentos ricos en grasas: El paciente estaría expuesto a este factor de riesgo al tratarse de un niño con baja calidad de alimentación debido a que no recibe una correcta supervisión por parte de un adulto y además no es tratada con normas de higiene necesarias, el paciente muchas veces ha sentido inapetencia haciendo que no exista una buena ingesta de alimentación haciendo que los alimentos de su preferencia sean papas fritas de la calle y todo tipo de comida chatarra.

Padecer de cálculos en la vesícula y vías biliares: La litiasis biliar se asocia a la pancreatitis y en algunas áreas geográficas es el principal agente causal presentándose con mayor porcentaje en mujeres que al presentar un cálculo biliar puede desencadenar a una pancreatitis. No es un factor de riesgo al que haya estado expuesto el paciente.

El sobrepeso y la obesidad: Desde hace al menos 25 años se sabe que la obesidad empeora el pronóstico en varias enfermedades. La obesidad provoca efectos adversos sobre el sistema respiratorio que pueden intensificar las complicaciones respiratorias de la pancreatitis aguda.

El paciente al ser un niño de 11 años de edad y presentar un peso de 25kg no estaría expuesto a este factor de riesgo. Pero si estaría expuesto a una desnutrición al tratarse de un niño con malos hábitos alimenticios.

Edad: En cuanto a la edad de presentación, la media se sitúa entorno a los 55 años, y aunque puede aparecer a cualquier edad, es muy infrecuente en la infancia.

El paciente al tener 11 años de edad tiende a un descuido de factores de riesgo al momento de realizar sus actividades tanto familiares como escolares, donde el riesgo de sufrir un accidente y empeorar el cuadro clínico, el paciente tiene desconocimiento de los signos de alarma.

Asociada a fármacos: Son numerosos los fármacos que han sido considerados como agentes etiológicos de pancreatitis entre ellos: antiretrovirales, eritromicina, didanosina, tiazidas, siendo diferentes los mecanismos de producción ya sea por toxicidad pancreática directa, reacciones por hipersensibilidad y por mecanismos no conocidos. Generalmente se trata de casos leves con síntomas digestivos y elevación de amilasa sérica, que aparecen de forma esporádica, y que en ocasiones aparecen después de un período de latencia de varias semanas.

Infecciones: Las infecciones por bacterias, virus o protozoos pueden producir pancreatitis. Entre las infecciones víricas destacan la rubéola, parotiditis, citomegalovirus y hepatitis.

Socioeconómico: El paciente pertenece a una familia de clase media, la vivienda es propia de su abuela muy alejada de la ciudad, cuenta con los servicios básicos, la madre es el sustento del hogar, a partir de la aparición de su enfermedad la situación económica disminuye haciendo que la madre pierda su trabajo y que deba buscar en que trabajar por horas para poder estar junto a su hijo durante los días de internación y luego del alta.

Entorno, afectivo y psicológico: Se ha evidenciado que existe poco interés por parte de la familia del paciente con respecto a estos tres aspectos aunque la madre trata de realizar actividades con su hijo y compartir más tiempo se les es imposible, por su trabajo y por la escuela quedando así la mayoría de tiempo a cargo de su abuela.

Condiciones misceláneas: Comprenden aproximadamente el 10% de los casos, incluyendo traumatismo, anormalidades metabólicas, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, hipersensibilidad a toxinas, enfermedades genéticas (como la fibrosis quística), anormalidades estructurales (páncreas divisum), alteraciones vasculares y herencia genética.

4.3. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

Oportunidad de consulta

El tiempo transcurrido entre la aparición de la sintomatología y la consulta médica es aproximadamente de 5 días, madre del paciente refiere haberse acercado al centro de salud más cercano a su hogar, casa de salud donde solo le recetan paracetamol. Sin previa valoración o exámenes de laboratorio, debido a que el paciente no podía soportar las molestias, no presentaba mejoría alguna su madre decide administrarle una dosis de apranax hasta poder llegar al Hospital Provincial General de Latacunga lugar donde tras la valoración y el examen físico realizado por el profesional médico del servicio de emergencia se inicia la atención y es hospitalizado en el servicio de pediatría donde luego de una intervención quirúrgica se identifica la enfermedad de una manera oportuna dando lugar a un tratamiento pronto, apropiado y una recuperación satisfactoria.

Accesos: dificultades geográficas y de orden público.

Fue dificultoso para el paciente y su familiar el acceso ya que por la distancia que tenía que recorrer la madre para llegar a la casa de salud, el traslado de un cantón a otro tomaba tiempo y a veces dificultades no planeadas se presentaron durante el traslado.

Características en la atención.

La atención brindada por el personal de salud para con el paciente y su madre en el primer nivel de salud fue ineficiente e inoportuna razón por la cual prefirieron asistir directamente al servicio de emergencias del Hospital Provincial General de Latacunga, en donde la atención es más rápida y se llevó a cabo de manera oportuna, integral y eficaz basándose en los protocolos establecidos para de esta manera buscar el máximo bienestar del paciente.

Trámites administrativos.

El obtener resultados de los estudios complementarios llevo mucho tiempo, los cuales confirmaban el diagnóstico del paciente, lo que provocó que la enfermedad del paciente siga en progreso. Con respecto a los trámites realizados para la adquisición de materiales y medicación necesaria que no existe en farmacia, existió problemas de comunicación con los administradores y personal responsable, por lo cual no se realizaron algunos procedimientos.

4.4. Identificación de los puntos críticos.

La identificación de los puntos críticos se obtienen a través de la utilización de los 11 Patrones Funcionales de Salud según Marjory Gordon.

Estos patrones nos permiten recolectar información a través de una serie de preguntas que se le hacen al paciente obteniendo una cantidad importante de datos relevantes sobre respuestas humanas y fisiopatológicas, ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información buscando determinar el perfil funcional del individuo y al mismo tiempo identificar aquellos patrones que presentan anomalías.

A continuación se detalla la utilización de los Patrones Funcionales y sus respectivas alteraciones en el paciente:

PATRÓN 1:	PERCEPCIÓN	MANEJO DE LA SALUD
Este patrón describe cómo manejar todo lo relacionado con la salud y el bienestar, respecto a mantenerlo y una pronta recuperación.		
Fundamento de Alteración: Por lo tanto, al no practicarse estas actividades preventivas el riesgo que presenta el niño es alto existiendo una ausencia de medidas de prevención de accidentes, medidas de seguridad y sobre todo falta de prácticas saludables.		
PATRÓN 2:	NUTRICIONAL	METABÓLICO
Este patrón especifica el consumo de alimentos y líquidos que deben ser consumidos de acuerdo con las necesidades metabólicas y en relación al peso y a la talla. Todo esto basándonos en horarios de comida, preferencias alimenticias en el caso de necesitar suplementos, evidenciar problemas en su ingesta. Conocer también en qué condiciones presenta la piel y mucosas.		
Fundamento de Alteración: Con este patrón se pretende valorar el estado nutricional del niño que en ocasiones se ve afectado debido a que en su hogar no existe la educación necesaria y el conocimiento sobre una alimentación adecuada y balanceada. Al no existir control por parte de la madre el niño tiende a dejar de comer a causa de la inapetencia por lo tanto pierde peso.		

Además de tener como preferencia los alimentos ricos en grasa, colorantes y la falta de consumo de líquidos es evidente.		
PATRÓN 3:	ELIMINACIÓN	
Este patrón describe cada una las funciones excretoras siendo estas intestinal, urinaria y a través de la piel.		
Fundamento de Alteración:		
La función excretora del niño con una patología que incluye un órgano encargado de segregar enzimas digestivas puede alterarse de manera extrema debido al déficit y al mal funcionamiento del mismo.		
PATRÓN 4:	ACTIVIDAD	REPOSO
Este patrón describe las capacidades para cumplir con actividades diarias autónomas así como la correcta realización de ejercicio, ocio y entretenimiento y el cumpliendo con los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)		
Fundamento de Alteración:		
La capacidad de la movilidad autónoma y la actividad diaria que el niño realizaba antes de la intervención era normal pero luego de presentar la patología este patrón se alteró recibiendo como indicación para el alta marcha ligera y prohibido realizar actividades que requieran de un esfuerzo físico extremo.		
PATRÓN 5:	DESCANSO	SUEÑO
Este patrón describe la capacidad para conseguir dormir, descansar y relajarse a lo largo de las 24 horas del día.		
Fundamento de Alteración:		
El sueño el descanso y el presentar momentos de relax del niño con patología pancreática se pueden alterar debido al dolor y a las molestias que siente al no poder adoptar una posición adecuada al momento de dormir.		
PATRÓN 8:	ROL	RELACIONES
Este patrón describe los patrones de compromiso con el rol de las relaciones entre familia y comunidad. Esto en base a una percepción de las responsabilidades del rol y a la satisfacción con la familia, estudio y las relaciones sociales		
Fundamento de Alteración:		
Este patrón describe el papel social que juega el niño dentro de su entorno.		

Puede presentar alteraciones debido al rechazo de los demás niños o el propio aislamiento del niño. Esto con presencia de timidez.

PATRÓN 10: ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÉS

Este patrón se refiere a la adaptación y afrontamiento frente a los procesos vitales, su efectividad, y la forma de manifestación en términos de tolerancia al estrés.

Fundamento de Alteración:

Este patrón describe la adaptación del niño a las formas de manejar el estrés, sistema de apoyo familiar, capacidad para manejar y controlar emociones ya sean estas de tristeza, desmotivación, llanto y abandono.

4.5. Caracterización de las oportunidades de mejora:

OPORTUNIDADES DE MEJORA:	ACCIONES DE MEJORA:
Medidas de prevención de accidentes, medidas de seguridad y sobre todo cumplimiento de prácticas saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. • Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos. • Indicar que debe lavarse las manos antes y después de cada actividad.
Estado nutricional adecuado y una alimentación balanceada.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las preferencias de comidas del niño. • Analizar las posibles causas del bajo peso corporal • Observar si hay náuseas y vómitos • Indicar que el niño debe encontrarse en posición de sentado antes de comer o alimentarse. • Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida. • Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra • Recompensar al paciente por la ganancia de peso • Enseñar y explicar los alimentos no permitidos en su dieta.
Funcionamiento adecuado de la función excretora del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos • Enseñar al niño y familia que reconozcan cuando exista alteración en el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. • Instruir al niño y familia acerca de la dieta rica en fibra. • Instruir al niño y familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para mantener así un adecuado funcionamiento del páncreas.

<p>Capacidad de movilidad autónoma y moderada actividad diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la habilidad para dedicarse a actividades. • Fomentar una combinación de actividades físicas y mentales, proporcionar actividades que sean divertidas • Organizar terapia asistida con animales con un perro o un gato para que el niño interactúe con él y lo cuide. • Trabajar con la familia para proporcionar un ambiente adecuado ya sea con música agradable para el niño. • Siempre que se pueda pasar tiempo con el niño u organizar la visita de algún amigo. • Valorar la habilidad de la familia para responder las necesidades psicosociales del niño.
<p>El sueño, el descanso y momentos de relax que el niño debe practicar de forma normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al niño a controlar las pautas de sueño. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Ayudar a la familia a ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño. • Animar al niño a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Ayudar al niño a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
<p>Adaptación del niño a las formas de manejar el estrés, sistema de apoyo familiar, capacidad para controlar emociones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al niño a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Abrazar o tocar al niño para proporcionarle apoyo.

4.6. Propuesta de tratamiento alternativo.

Presentación:

Este protocolo se realizó para el manejo adecuado en el cuidado de pacientes pediátricos con pancreatitis. Además de que dará recomendaciones para la prevención, abordaje y tratamiento de niños con dicha patología. Uno de los componentes específicos del protocolo es que aportará también indicaciones a los padres sobre cuando consultar al servicio de salud.

Autora: Angie Clavijo.

Tutora: Lic. Verónica Gavilanes.

Resumen

La pancreatitis es una patología asociada a una significativa morbilidad y mortalidad. Es una patología atípica en niños es por eso que representa un desafío de diagnóstico para todo el equipo de salud. Nuestro objetivo es beneficiar al personal de salud y a los pacientes aumentando su calidad de vida y disminuyendo los niveles de morbimortalidad que presenta un paciente con pancreatitis. Es una investigación cuasi-experimental de ensayo comunitario que fue llevada a cabo con la revisión de artículos científicos, y la historia clínica de un paciente pediátrico con diagnóstico de pancreatitis, que fue intervenido quirúrgicamente recibiendo medicación y cuidados durante los 21 días que estuvo en hospitalización.

Palabras clave: Pancreatitis necrosante, Cuidados de Enfermera.

Justificación:

La pancreatitis se define como el proceso inflamatorio agudo del páncreas que puede presentar un grado variable de afectación glandular, de los tejidos retroperitoneales adyacentes y de otros órganos distales si se diera el caso.

A pesar de los avances médicos en cirugía, cuidados intensivos, técnicas de diagnóstico por imágenes y procedimientos radiológicos, la pancreatitis continúa presentando (en su forma grave necrotizante) una tasa de mortalidad alta, entre 30 a 40% a nivel de nuestro entorno.

La mortalidad por pancreatitis se presenta en dos formas: mortalidad precoz (dentro de los primeros 6 días desde el ingreso) obedece a la respuesta inflamatoria sistémica (shock y falla orgánica múltiple) y mortalidad tardía (después de los 6 días) es consecuencia de las complicaciones locales (infección de la necrosis o colecciones pancreáticas) y a distancia (neumonía, sepsis).

Es una patología atípica en niños es por eso que representa un desafío de diagnóstico para todo el equipo de salud. Aunque la mayoría de casos de pancreatitis en adultos es causada calculo biliar y la ingesta exagerada de alcohol, la etiología para la pancreatitis en niños es variada. Es por eso que en pacientes jóvenes se debe sospechar causas hereditarias, infecciosas o por traumatismos.

Hay que tomar en cuenta que la mayor parte de datos recogidos sobre esta patología además de las características definitorias de los pacientes con pancreatitis provienen de otros países de Latinoamérica ya que a nivel de nuestra ciudad y nuestro país no se dispone de esta información.

Los directos beneficiarios de este estudio serán los pacientes y el personal de enfermería del Hospital Provincial General de Latacunga, pues con un diagnóstico adecuado aumentaran las probabilidades de disminuir los niveles de mortalidad; puesto que el equipo médico dispondrá de otra herramienta para la toma de decisiones, y así la comunidad en general se beneficiara, la atención mejorara y el diagnóstico de esta enfermedad será dado a tiempo.

Objetivos:

General:

- Desarrollar un protocolo de cuidados dirigido al personal de enfermería del Hospital Provincial General de Latacunga que beneficie al personal de salud y a los pacientes aumentando su calidad de vida y disminuyendo los niveles de morbimortalidad que presenta un paciente con pancreatitis.

Específicos:

- Dar a conocer la patología, cuadro clínico diagnóstico diferencial, cuidados específicos y posibles complicaciones.
- Educar sobre los signos y síntomas de alarma que el paciente puede presentar.
- Ayudar al paciente a tener un estilo de vida más sano sin complicaciones y a saber sobrellevar la patología.

Metodología:

Es una investigación cuasi-experimental de ensayo comunitario que fue llevada a cabo con la revisión de artículos científicos, y la historia clínica de un paciente pediátrico con diagnóstico de pancreatitis, que fue intervenido quirúrgicamente recibiendo medicación y cuidados durante los 21 días que estuvo en hospitalización.

Se realizó una búsqueda de artículos en las principales bases bibliográficas médicas como: Medscape, Intra-Med, ELSEVIER-Mosby así como de las revistas: Gastroenterol, Sociedad Bolivariana Pediátrica, entre otras.

Se seleccionó las bibliografías más relevantes, complejas y completas, así como los protocolos de manejo utilizados mundialmente para el abordaje de los pacientes con pancreatitis.

**PROTOCOLO DE CUIDADOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
PANCREATITIS DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL
DE LATACUNGA.**

Definiciones y clasificación:

“Recientemente se ha descrito una nueva clasificación para la pancreatitis, basada en determinantes reales de gravedad, que se divide en cuatro niveles: pancreatitis leve, moderada, grave y crítica. Al ser una clasificación totalmente diferente a la clasificación de Atlanta, y dada su reciente instauración, no se sabe a ciencia cierta cuál es la morbi-mortalidad real con su aplicación”. (Rodríguez, 2014).

1. Pancreatitis aguda leve (PAL)	2. Pancreatitis aguda moderada (PAM)	3. Pancreatitis aguda grave (PAG)	4. Pancreatitis aguda crítica (PAC)
Se caracteriza por la ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de fallo orgánico.	Se caracteriza por la presencia de cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril o fallo orgánico transitorio.	Se caracteriza por la presencia de cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o fallo orgánico persistente.	Se caracteriza por la presencia de necrosis (peri) pancreática infectada y fallo orgánico persistente

Tabla N° 1 Clasificación de la Pancreatitis según Rodríguez 2014.

“Es necesario señalar que la nueva clasificación es dinámica y evolutiva, por lo que la asignación de una categoría de gravedad (en particular PAG y PAC) se da al final del proceso. Esto es una desventaja potencial de la nueva clasificación, ya que es imposible diagnosticar PAM, PAG o PAC en el momento del ingreso hospitalario”. (Rodríguez, 2014).

En un paciente con pancreatitis está demostrado que la identificación temprana de los signos de gravedad, durante los tres primeros días desde el ingreso, mejora el pronóstico y reduce la mortalidad.

El cuadro clínico varía siendo el síntoma principal el dolor abdominal que se suele relacionar con la ingesta previa importante de comida o alcohol, el paciente lo describe como de inicio epigástrico con irradiación a ambos hipocondrios e incluso, en ocasiones hasta la espalda.

“En algunos casos puede ser generalizado por todo el abdomen debido a la rápida difusión de exudados pancreáticos. El dolor obliga a adoptar posturas antiálgicas, a menudo flexionando el tronco sobre las piernas. En muchos pacientes, el dolor se acompaña de náuseas y vómitos (hasta en el 90% de los casos) estos puede ser alimentarios o biliosos, y rara vez, hemáticos”. (Breijo, 2014)

Al mismo tiempo, algunos de los criterios de gravedad nos indican que algunos pacientes pueden tener una evolución desfavorable y los denominamos como “signos de alarma”.

Los signos de alarma son aquellos datos, síntomas o signos en un paciente con pancreatitis que indican una posible evolución desfavorable, y pueden ser clínicos, radiológicos, analíticos o escalas pronósticas.

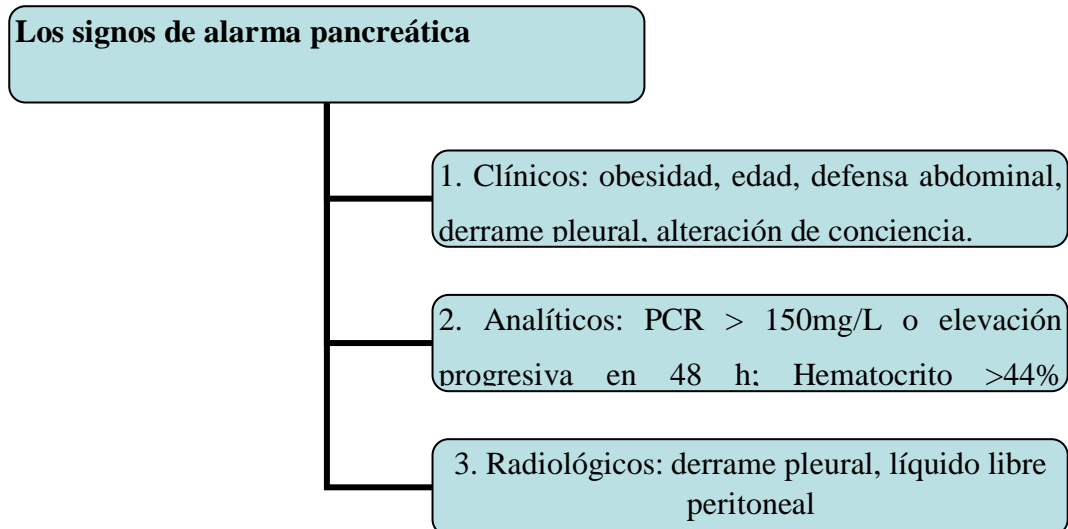


Grafico N°1 Signos de alarma según Breijo 2015.

“Cuando una pancreatitis cumple uno de los criterios predictores de gravedad que se aplican, se inician medidas terapéuticas con el fin de prevenir la progresión y evitar las complicaciones asociadas a ella. Se definió como complicaciones locales la necrosis pancreática estéril, necrosis pancreática infectada, pseudoquiste o absceso pancreático”. (Muñoz, 2015).

Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento de una pancreatitis depende de la etiología y gravedad del cuadro clínico, definido por la extensión de la necrosis y las complicaciones sistémicas. Además de que deberá seguir un ciclo de tratamiento establecido.

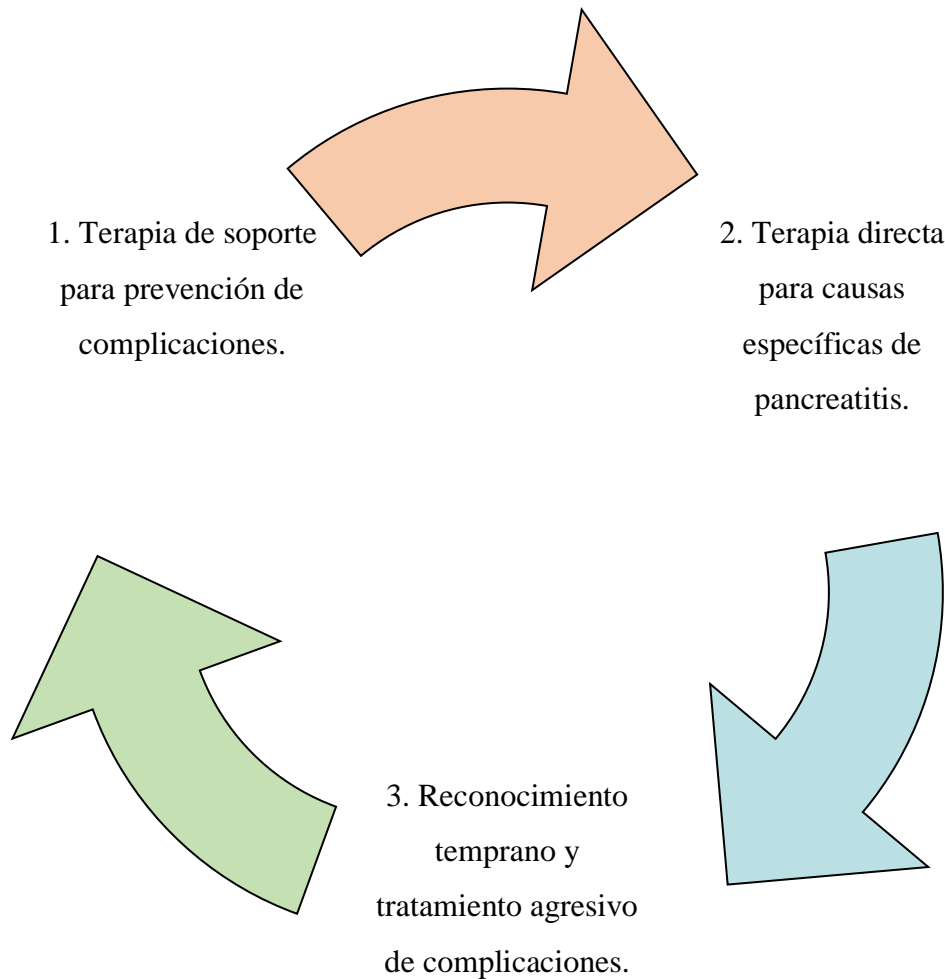


Gráfico N° 2: Tratamiento farmacológico según Wiley 2016.

La terapia inicial consiste básicamente en:

- Nada por vía oral (mínimo 24 horas).
- Hidratación parenteral
- Analgesia (Ketorolaco y Tramal intravenoso)
- Antibióticos (Ciprofloxacino vía oral y Metronidazol intravenoso)

Tratamiento Quirúrgico:

En algunos casos se han realizado procedimientos quirúrgicos que tienen indicaciones limitadas y cuya efectividad ha sido discutida. Sin embargo, en grupos de pacientes estos procedimientos han sido de beneficio.

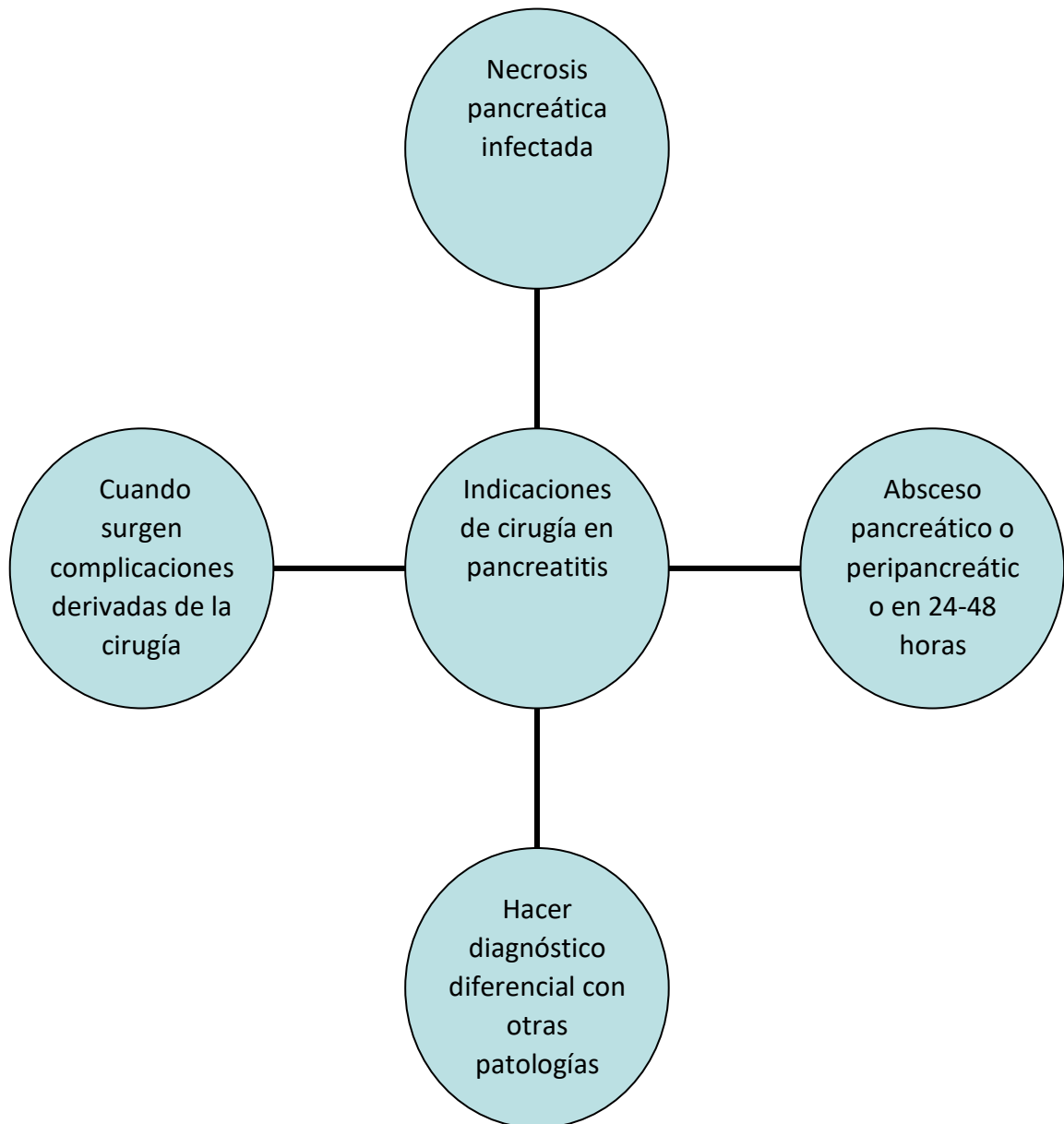


Grafico N° 3 Indicadores de Cirugía según Valdivieso 2016

“Entre estos se cuentan: el lavado peritoneal precoz su utilidad se mostró en la fase precoz de la pancreatitis de curso grave, disminuyendo las complicaciones cardiovasculares y respiratorias”. (Valdivieso, 2016)

DIAGNÓSTICO MÉDICO
Para establecer el diagnóstico de pancreatitis se requiere al menos 2 de los 3 criterios:
Un cuadro clínico característico
Aumento de amilasa o lipasa séricas por encima de 3 veces el límite superior normal
Alteraciones estructurales tanto del páncreas como estructuras adyacentes vistas en los estudios de imagen.

Tabla N° 2 Diagnóstico Médico según Castillo 2017

En el momento de la evaluación clínica del paciente con sospecha de pancreatitis aguda se recomienda solicitar de forma orientada y razonada: determinación de lipasa, amilasa, biometría hemática completa, glucosa en ayuno, urea, creatinina, bun, gasometría arterial y venosa, fosfatasa alcalina, bilirrubina total y diferencial, proteínas totales, albumina, sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina, colesterol triglicéridos y proteína C reactiva.

“En las primeras 24 horas del inicio del cuadro clínico hasta en un 90% de los pacientes se encuentran niveles elevados de amilasa y lipasa, por lo general más de 3 veces por encima del límite normal, los niveles menos no excluyen el diagnóstico”. (Castillo, 2017).

“La amilasa se eleva en las 6-12 horas posteriores al inicio, tiene una vida media de 10 horas y persiste elevada por 3-5 días. Es importante que la amilasa pancreática representa 35-50% y la salival el resto. Existen otras condiciones en las cuales se eleva la amilasa”. (Castillo, 2017).

“La lipasa es una enzima más específica de daño pancreático, se eleva de manera más temprana y dura elevada más días que la amilasa, su sensibilidad es de 85-100%, aunque su elevación no se asocia con la gravedad del cuadro”. (Muñoz, 2014)

La lipasa se mantiene elevada en sangre por más tiempo y como el páncreas es la fuente principal de esta, la medición de lipasa tiene mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de pancreatitis aguda.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

En la actualidad no existe tratamiento específico para pancreatitis aguda.

Seguimiento tomográfico:

“Los pacientes con un índice de gravedad de O-2 según Balthazar requieren tomografía adicional si su estado clínico experimenta un cambio que sugiera la presencia de alguna complicación. En los individuos con un índice de gravedad de 3 a 10 se sigue la misma conducta, algunos recomiendan un estudio adicional antes del egreso, con el propósito de detectar complicaciones asintomáticas”. (Muñoz, 2014).

CUIDADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Según las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

<u>NIVEL</u>	<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>SER VICIO</u> <u>Q</u>	<u>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</u>			
			<u>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</u>			
			RESULTADOS (S)	INDICADORES (S)	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD						
CLASE: 2 Gestión de la salud						
CÓDIGO DE DX: 00163						
Definición: Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.			Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)	100801 Ingestión alimentaria oral 100802 Ingestión alimentaria por sonda 100803 Ingestión de líquidos orales 100804 Administración de líquidos i.v. 121208 Boca y garganta secas	1 Grave 2 Sustancial 3	

<p>DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar la nutrición relacionado con aporte adecuado de líquidos manifestado por mucosas y escleras hidratadas.</p>	<p>Nivel de estrés (1212)</p>	<p>121209 Diarrea 121210 Micción frecuente 121211 Cambio en la ingesta de alimentos 121212 Trastornos estomacales 121213 Inquietud 121214 Trastornos del sueño 121220 Irritabilidad 121221 Depresión 121222 Ansiedad</p>	<p>Moderado 4 Leve 5 Ninguno</p>		
<u>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</u>					
Alimentación 1050	Asesoramiento nutricional 5246		Apoyo a la familia 7140		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la dieta prescrita. • Crear un ambiente placentero durante la comida. • Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. 		<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad 		

<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la higiene bucal después de las comidas. • Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación. • Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito. • Acompañar la comida con agua, si es necesario. • Evitar distraer al paciente durante la deglución. • Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado. • Animar a los padres/ familia a que alimenten al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc. • Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. 	<p>del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Facilitar la comunicación de inquietudes/ sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios
---	--	--

<u>NIVEL</u>	<u>ESPECIALIDA</u>	<u>SERVIC</u>	<u>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</u>			
	<u>D</u>	<u>IO</u>	<u>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</u>			
DOMINIO: 4: Actividad/ reposo CLASE: 2: Actividad/ ejercicio CÓDIGO DE DX: 00097			RESULTADOS (S)	INDICADORES (S)	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.			Severidad de la soledad (1203)	120301 Expresión de temor infundado 120302 Expresión de desesperación 120308 Expresión de no ser comprendido 120316 Disminución de la capacidad para concentrarse 120317 Demostración de debilidad 120319 Trastornos de la alimentación 120320 Trastornos del sueño 120324 Dolor 120327 Depresión 011601 Participación en juegos 011610 Expresa satisfacción con las actividades de juegos	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno	
DIAGNOSTICO: Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas manifestado por aburrimiento del niño.						

	Participación en juegos (0116)	011603 Expresión de placer con el juego 011606 Uso de imaginación durante el juego 011607 Expresión de emociones durante el juego 011608 Uso del rol del juego		
<u>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</u>				
Distracción 5900	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito 5612		Fomentar la implicación familiar 7110	
<ul style="list-style-type: none"> • Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor. • Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión y leyendo). • Considerar las técnicas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad /ejercicio prescrito. • Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito, • Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito. • Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad / ejercicio. • Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades. • Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos. • Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía, si 		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. 	

<p>distracción tales como juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas para su aplicación en los niños que sean nuevas, impliquen a más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.</p>	<p>procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede. • Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida. • Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad. • Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. • Identificar el déficit de autocuidados del paciente.
--	--	---

<u>NIVEL</u>	<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>SERVICIO</u>	<u>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</u>			
	<u>AD</u>	<u>O</u>	<u>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</u>			
DOMINIO: 5: Autocuidado CLASE: 4 : Actividad/ reposo CÓDIGO DE DX: 00182			RESULTADOS (S)	INDICADORES (S)	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar manifestado por realiza			Nivel de autocuidado (0313)	031301 Se baña 031302 Se viste 031303 Prepara comida y bebida para ingerir 031304 Se alimenta 031305 Mantiene higiene personal 031306 Mantiene higiene bucal 031307 Se asea de manera independiente 031310 Realiza tareas domésticas 031314 Reconoce necesidades de seguridad en el hogar 120901 Planes para el futuro 120904 Obtiene el apoyo necesario	1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Leve 5 Ninguno	

actividades acordes a su situación.	Motivación (1209)	120907 Mantiene una autoestima positiva 120909 Demuestra flexibilidad 120012 Finaliza las tareas o actividades 120913 Acepta las responsabilidades de las acciones 120915 Expresa intención de actuar			
<u>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</u>					
Fomentar la salud bucal 1720	Potenciación de la imagen corporal 5220		Ayuda al autocuidado 1800		
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina. • Inspeccionar la mucosa bucal regularmente. • Fomentar las revisiones dentales regulares. • Enseñar y estimular el uso de hilo dental. • Enseñar al paciente a evitar mascar 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. • Utilizar una guía previsorá en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. • Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes • Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede. • Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. • Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la 		<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes,). • Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, arreglo personal, el aseo y alimentarse. • Proporcionar ayuda hasta 		

<p>chicle en exceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente. • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario. 	<p>imagen corporal del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal si procede. • Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno. • Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. 	<p>que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas. • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. • Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
--	--	--

<u>NIVE</u> <u>L</u>	<u>ESPECIALIDA</u> <u>D</u>	<u>SERVICI</u> <u>O</u>	<u>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</u>			
			<u>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</u>			
DOMINIO: 7: Rol/ relaciones CLASE: 1: Roles de cuidador CÓDIGO DE DX: 00062			RESULTA DOS (S)	INDICADORES (S)	ESCALA	PUNUA CIÓN DIANA
Definición: El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.			Integridad de la familia (2603)	260305 Interacciona con toda la familia	1	
DIAGNOSTICO: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con deterioro de la salud del cuidador manifestado por situacionales estresantes que normalmente afectan a las familias				260308 Implica a los miembros de la familia en resolución de conflictos	Grave 2	
				260310 Estimula la autonomía e independencia individual	Sustancial	
				260311 Preparan y comen juntos la comida	3	
				260312 Participan juntos en actividades recreativas	Moderado	
				260301 Los miembros manifiestan lealtad	4	
				260303 Existe afecto manifestado entre los miembros de la familia	Leve 5	
				Ninguno		
<u>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</u>						

Apoyo al cuidador principal 7040	Asistencia en el mantenimiento del hogar 7180	Terapia familiar 7150
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. • Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal • Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente. • Implicar al paciente/ familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento en casa. • Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio. • Aconsejar el alivio de todos los malos olores. • Facilitar la limpieza de la ropa sucia. • Ofrecer soluciones a las dificultades económicas. • Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social. • Proporcionar información sobre cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los roles habituales del paciente dentro del sistema familiar. • Determinar las incapacidades específicas relacionadas con las expectativas de los roles. • Determinar los conflictos y ver si los miembros de la familia quieren resolverlos. • Estudiar los límites familiares como forma de intentar cambiar la distancia entre los subsistemas familiares. • Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer alguna de las comidas.

<u>NIVE</u> <u>L</u>	<u>ESPECIALI</u> <u>DAD</u>	<u>SERVI</u> <u>CIO</u>	<u>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA</u>			
			<u>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</u>			
DOMINIO: 11 seguridad/protección CLASE: 2 lesión física CÓDIGO DE DX: 00043			RESULTA DOS (S)	INDICADORES (S)	ESCALA(S) DE MEDIACIÓN	PUNUA CIÓN DIANA
Definición: Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones. DIAGNOSTICO: Protección ineficaz relacionada con nutrición inadecuada manifestada por debilidad.			Aceptación: estado de salud (1300)	130016 Mantiene las relaciones 130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud 130001 Tranquilidad 130003 Calma 130018 Demuestra resistencia 130009 Búsqueda de información 130010 Superación de la situación de salud 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud	1Nunca Demostrado 2Raramente Demostrado 3A veces Demostrado 4Frecuentemente Demostrado 5Siempre	
<u>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</u>						

<p style="text-align: center;">6490</p> <p style="text-align: center;">Prevención de caídas</p>	<p style="text-align: center;">6650</p> <p style="text-align: center;">Vigilancia</p>	<p style="text-align: center;">5440</p> <p style="text-align: center;">Aumentar los sistemas de apoyo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Enseñar al paciente cómo 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente. • Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales. • Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud. • Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes. • Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente. • Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado. • Comprobar el estado neurológico. • Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes. • Observar estrategias de resolución de problemas utilizadas por el paciente y la familia. • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la 	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar. • Determinar el grado de apoyo económico de la familia. • Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo. • Observar la situación familiar actual. • Animar al paciente a participar en

<p>caer para minimizar el riesgo de lesiones.</p> <p>Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.</p>	<p>deambulaci3n.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dejar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. 	<p>las actividades sociales y comunitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
---	--	---

5. CONCLUSIONES:

- Se analizaron las causas específicas dando como resultado en este caso la mala alimentación y el desconocimiento de una dieta equilibrada.
- Siendo así los factores de riesgo el tener como preferencia los alimentos ricos en grasa, colorantes y la falta de consumo de líquidos, también el área geográfica donde vive.
- En base a la atención de enfermería las actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida en un paciente con pancreatitis para evitar así complicaciones o reingresos es la educación clara de una alimentación sana, actividad física diaria ,una correcta higiene y sobre todo enfatizar en los signos y síntomas de alarma.
- Se propuso un protocolo de cuidados de enfermería dirigido al personal del Hospital Provincial General de Latacunga del servicio de pediatría en base a revisiones bibliográficas actualizadas y se plasmaron las actividades conjuntamente con los diagnósticos enfermeros en los planes de atención de enfermería basados en la taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA.

1. Behrman, R., & Vaughan, V. (1985). El sistema Digestivo. En Nelson, Tratado de pediatría (pp. 931-974). México: Interamericana.
2. Donna, L. (1995). El niño con disfunción gastrointestinal. En Enfermería Pediátrica (pp. 711-740). España: Mosby-Doyma.
3. Heather, T., Crystal, H., & Lunney, M. (2011). Nanda International diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona, España: Elsevier-Mosby
4. Martin, S., Vargo, Eleonor & Fyfe, M. (1997). Aparato Digestivo. En Normas del cuidado del paciente (pp. 383-470). España: Mosby-Harcourt.
5. McCloskey, J. (2006). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona, España: Elsevier-Mosby
6. Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2006). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona, España: Elsevier-Mosby.
7. Ruiz, X., Cassan, A., & Coderch, J.. (1987). Digestivo. En Manual de la Enfermería (pp. 222-271). Barcelona, España: Oceano.

LINKOGRAFÍA

1. Acosta Manzano, F. (2016). "Intervención de enfermería en retinoblastoma unilateral derecho en relación a la calidad de vida del paciente perteneciente al hospital provincial docente Ambato del área de pediatría". Licenciatura. Universidad Técnica de Ambato. <http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/22600/2/caso%20clinico%20final.pdf>
2. Breijo, A., & Prieto, J. (2014). Intra- Med. Pancreatitis Aguda. Artículo de Revisión, Volumen. 3, pp. 2-10. http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/332/133
3. Castillo, G., Acevedo, G., Martínez, M., & Vélez, M. (2014, julio 11). Pancreatitis hemorrágica necrotizante en Pediatría. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, Volumen 14, pp. 309-313. https://www.researchgate.net/profile/Luis_Atehortua/publication/3053987

31 Oxigenacion con membrana extracorporea venovenosa en el tratamiento de hipoxemia severa refractaria ventilacion y destete/links/578d064208ae59aa66815315.pdf#page=59

4. Fortacín, C., Lleixà, M., & Vázquez, D. (2015, julio). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, volumen 39, p. 30. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
5. Freeman, M., Werner, J., Santvoort, H., Baron, T., Windsor, J., Horvath, K., & An International Multidisciplinary Panel of Speakers and Moderators. (2012, noviembre). Interventions for Necrotizing Pancreatitis. Summary of a Multidisciplinary Consensus Conference, Volume 41, pp. 1176 – 1186. http://journals.lww.com/pancreasjournal/fulltext/2012/11000/Interventions_for_Necrotizing_Pancreatitis_4.aspx
6. Hebra, A. (abril 26, 2017). Pediatric Pancreatitis and Pancreatic Pseudocyst Treatment & Management. Agosto 16, 2017, de *Medscape* Sitio web: <http://emedicine.medscape.com/article/933256-treatment#d14>
7. Huitz, J., Elorza, M., Urkia, J., & Zubero, J. (2012, octubre). *Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud*. Revista Latinoamericana, volumen 5, 3-5. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_12.pdf
8. Jiménez, M. (2016). Factores de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital san juan de dios durante el año 2013. revista médica de costa rica y centroamerica lxxiii, p. 54. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art10.pdf>
9. Machado, A. (2014). Pancreatitis traumática. Revisión del tema y presentación de caso. *Revista Médica Electrónica*, volumen 36, p.66. <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%20010/tema13.htm>

10. Maraví, E., Laplaza, C., Gorraiz, B., Albeniz, E., & López, V. (2012, mayo 06). Hoja de ruta de los cuidados clínicos para la pancreatitis aguda: recomendaciones para el manejo anticipado multidisciplinar. *Medicina Intensiva*, Volumen 36, p. 355. https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S021056911200112X.pdf?locale=es_ES
11. Milian, W., Portugal, J., Laynez, R., Rodríguez, C., Targarona, J., & Barreda, L. (2012, marzo 30.). Pancreatitis Aguda Necrótica en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Comparación entre el Tratamiento Médico Conservador y Quirúrgico. *Revista Gastroenterol.*, p. 197-199. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n3/a03v30n3>
12. Muñoz, A., Iglesias, C., Menéndez, C., & Gutiérrez, J. (2015). Pancreatitis necrohemorrágica en un niño de 11 años. Caso clínico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, pp. 39-40. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n1/v113n1a19.pdf>
13. Navarro, P., Álvarez, M., Estrada, R., & Gutiérrez, S. (2012, noviembre 11). Pancreatitis aguda grave en niños: estrategia de diagnóstico y tratamiento basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Bolivariana Pediátrica*, volumen 50, pp. 175-179. <http://boliviarevista.com/index.php/pediatria/article/viewFile/2862/2860>
14. Obando Montenegro, J. and Zapata Duclot, g. (2015). “determinación del tiempo de permanencia de los pacientes clínicos y quirúrgicos de acuerdo a los criterios de gravedad y al diagnóstico cie-10, desde su ingreso al servicio de emergencias del hospital Carlos Andrade Marín hasta su evolución final, en el periodo comprendido del 01 al 31 de mayo de 2015”. doctorado. pontificia universidad católica del ecuador. [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9705/Disertacion_J Obando GZapata.pdf?sequence=1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9705/Disertacion_J_Obando_GZapata.pdf?sequence=1)
15. Pérez, A. (2017, febrero). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, volumen 24, p. 1. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/456997>

16. Rodríguez, P., & Pascual, M. (2014). Efectividad de la intervención enfermera “manejo del dolor” (NIC 1400) en el plan de cuidados estandarizado de la pancreatitis aguda. *Revista Enfermera C y L*, volumen 6, pp. 4-5. <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiyleGPidzVAhUG7SYKHWg2DVUQFghRMAC&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaenfermeriacyl.com%2Findex.php%2Frevistaenfermeriacyl%2Farticle%2Fdownload%2F137%2F110&usg=AFQjCNEEwZv9mF8pIsWBCAjsGIcTC4ZJSw>
17. Tisne, I. (2012). Protocolo de enfermería en el abdomen agudo. Hospital Santiago oriente, pp. 22-23. http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/uera_d/protocolo_de_abdomen_agudo_Equipo_Salud_UER.pdf
18. Valdivieso, M., Vargas, L., Arana., & Piscoya, A. (2016, julio 04). Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, volumen 46, p. 102. <http://actagastro.org/situacion-epidemiologica-de-la-pancreatitis-aguda-en-latinoamerica-y-alcances-sobre-el-diagnostico/>
19. Vargas Pérez, N. (2015). Absceso perirrenal. Doctorado. Universidad técnica de Ambato. <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/14028/1/AN%C3%81LISIS%20DE%20CASO%20CL%C3%8DNICO.pdf>
20. Velasco, C. (2012). Pancreatitis en niños. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*, volumen 26, pp. 61-62. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v26n1/v26n1a09>
21. Wiley, J., & Sons. (2016, octubre 7). Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda. *The Cochrane Collaboration*, Volumen 4, pp.2-3. <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD011384.PDF>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

1. **EBRARY:** Marshall Hechavarría, Reynier (2009) Calidad de vida en el adulto mayor Recuperado 28-08-2014 El Cid Editor <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10327388&p00=calidad%20de%20vidamen%20el%20adulto%20mayor>
2. **EBRARY:** Peña Moreno, José Armando Macías Núñez (2011) Manual de práctica básica del adulto mayor (2a. ed.) Recuperado 28-08-2014 Editorial El Manual Moderno <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10780035&p00=calidad%20de%20vidamen%20el%20adulto%20mayor>
3. **PROQUEST:** Asseva, G. et al Petrov, P. et al Ivanova, K. et al Kantardjiev, T. (2013) Systemic and extraintestinal forms of human infection due to nontyphoid salmonellae in bulgaria, 2005-2010. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 31(11), 3217-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10096-012-1688-5>
[http://search.proquest.com/pubmed/22773084\(28\)](http://search.proquest.com/pubmed/22773084(28))
4. **PROQUEST:** Vidal, E. et al Marzollo, A. et al Betto, M., et al Murer, L. (2015) Automated peritoneal dialysis-related peritonitis due to salmonella enteritidis in a pediatric patient. Clinical and Experimental Nephrology, 16(2), 342-4. [http://search.proquest.com/10.1007/s10157-011-0541-y\(25\)](http://search.proquest.com/10.1007/s10157-011-0541-y(25))
5. **SPRINGER:** Norman K. Hollemberg (2008) Atlas of Hypertension Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: http://download-v2.springer.com/static/pdf/817/bfm%253A978-1-4615-64935%252F1.pdf?token2=exp=1431647533~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F817%2Fbfm%25253A978-1-4615-64935%25252F1.pdf*~hmac=5b1ac0a6fe7ab2df7c4f1b14cf944eaa1d53eb5b1bb02b9852f2366a00fb211f

7. ANEXOS

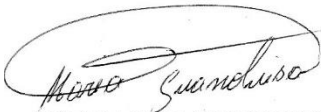
7.1. Consentimiento Informado

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, GUANOLUISA MOLINA MARIA DOLORES con CC.050176526-7, madre y representante legal de TOAPANTA GUANOLUISA ANTHONY PAUL con CC. 055016579-9 residentes de la Parroquia Belisario Quevedo del Cantón Latacunga Provincia Cotopaxi.

DECLARO:

En Latacunga a 1 de Junio del 2017, que el estudiante de Decimo Semestre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Ambato, me han informado de manera comprensible acerca del estudio de investigación que va a realizar con el tema de: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PANCREATITIS IDIOPÁTICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA.”** ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello otorgo el presente consentimiento, del cual se me ha facilitado una copia, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.



FIRMA DEL REPRESENTANTE.

GUANOLUISA MOLINA MARIA DOLORES

CC.050176526-7

7.2. Hoja de Valoración



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



HOJA DE VALORACIÓN

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: Angie Teresa Clavijo Gallegos

FECHA:

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

1.1. DATOS GENERALES BÁSICOS:

Nombre del Usuario:	Edad: 11 años	Sexo: F M
Estado civil: Soltero:...x.... Casado:..... Viudo:..... Divorciado:..... Otro:.....	Lugar de Residencia: Barrio San Vicente Parroquia: Belisario Quevedo	Lugar de procedencia: Parroquia Belisario Quevedo
Instrucción: Primaria	Religión: Católica	Ocupación: Estudiante.
Dirección domiciliaria: Barrio San Vicente	Teléfono Domicilio:	Móvil:

Información Brindada por:	Diagnóstico médico:
Paciente:.....	Pancreatitis Necrotizante
Familia:.....X.....	
Amigos:.....	
Otros:.....	

1.2. CAUSAS DE LA CONSULTA:

Dolor abdominal acompañado de vómito y diarrea

1.3. PROBLEMA ACTUAL:

Paciente refiere que desde hace 5 días presenta dolor abdominal de gran intensidad en mesogástrico y epigástrico tipo cólico, además de alza térmica no cuantificada, diarreas por 15 ocasiones, vómitos por 10 veces posterior a la ingesta de papas fritas con mayonesa en la calle, por lo que se administra apronax por una ocasión cuadro no cede.

1.4. ANTECEDENTES PERSONALES:

1.4.1. Enfermedades de la infancia:

Ninguna.

1.4.2. Enfermedades infecciosas:

Ninguna

1.4.3. Traumatismos:

Caída de su propia altura sobre abdomen.

1.4.4. Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Ninguno

1.4.5. Otras enfermedades:

Ninguno.

1.5. **ANTECEDENTES FAMILIARES:** (Diabetes, cáncer, alergias, enfermedades cardiacas, renales, trastornos mentales, epilepsia, artritis u otras enfermedades importantes).

Patología	Parentesco del Paciente	Condición Actual (curado, no curado, complicación).
Diabetes mellitus	Abuela	En tratamiento.

2. VALORACIÓN:

2.1. VALORACIÓN POR DOMINIOS Y CLASES:

2.1.1. Dominio 1 Promoción De La Salud

CLASE 2: GESTION DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal)

Adecuado	Descuidado X	Extravagante
Exagerado	Meticuloso	Otros

Conoce actividades para mantener salud y bienestar	SI	NO X
--	----	-------------

Cuales

Realiza actividades para mantener salud y bienestar	SI	NO X
---	----	-------------

Cuales

Conocimientos sobre su enfermedad

Si	X	No
----	----------	----

Qué conoce: los signos de alarma

Actitud y comportamientos frente a su enfermedad

Aceptación	X	Rechazo	Indiferencia
------------	----------	---------	--------------

Sobrevaloración	Reivindicativa	Otros
-----------------	----------------	-------

Comportamientos realizados al respecto:

Pautas /recomendaciones terapéuticas

Ninguna	Seguimiento Correcto X	Seguimiento Incorrecto
---------	----------------------------------	------------------------

Manejo de la enfermedad: poco

Hábitos tóxicos/frecuencia de consumo

Tabaco	Alcohol	Drogas
--------	---------	--------

Riesgo de consumir alguno: ninguno

Gestión Terapéutica Familiar

Actividades familiares que afecten el Tratamiento	Si X Cuáles: falta de interés y descuido	No
---	--	----

Hogar/ Mantenimiento

Número de miembros que habitan el hogar: 4	Parentesco: Esposo: Hijo: X
Animales de granja(gallinas, cuyes, conejos, y más), Especifique: cuyes, gallinas, conejos	Número: 15
Mascotas (perros gatos, etc.), Especifique: Perros y gatos	Número: 4
Vectores (moscas, pulgas, piojos, etc.) Especifique: Piojos, pulgas	Cantidad: Innumerable.

Inmunizaciones

Infancia	Adolescencia	Adulthood
Esquema MSP: completa	Especifique: completa	Especifique:
Otros Especifique:		

2.1.2. Dominio 2 Nutrición

Peso: 32 kg	Talla 1.35	Constitución delgada
IMC: 17.6	P. Arterial	90/50 mmHg

Características

Piel Secas	Mucosas húmedas
------------	-----------------

Apetito

Normal	Aumentado	Disminuido X
Consumo diario habitual BAJO	Ingesta de líquidos BAJO	Suplementos

Nausea	Vómitos	Prótesis dentales
--------	---------	-------------------

Problemas

Masticación	Deglución	Digestión de Alimentos
Normal	Normal	Normal

Preferencias alimentarias arroz, pollo, sopa, papas, frutas
gaseosas, dulces, grasas, lácteos, colorantes

Restricciones /evitaciones	Ninguno
----------------------------	---------

Alimentos grasosos huevos fritos, papas fritas

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada

Suficiente	Insuficiente	X
------------	--------------	----------

Que conoce:

Hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida :

Dos comidas al día basada en carbohidratos y proteínas

Problemas de cicatrización:

No **X**

Hidratación

Normal	X	Aumentada	Disminuida
--------	----------	-----------	------------

Signos de deshidratación

2.1.3. Dominio 3 Eliminación e Intercambio

Eliminación intestinal

Frecuencia	una vez al día	Características	normales	Malestar
------------	----------------	-----------------	----------	----------

				ninguno
Control	ninguno	Motivos	ninguno	Laxantes ninguno

Uso de dispositivos y materiales para su control

Ostomías	NO	Otros	
Estreñimiento			NO X
Diarrea			NO X

Eliminación vesical

Frecuencia al día	tres veces	Características normal	Malestar ninguno
Control	ninguno	Motivos	ninguno
			Diuréticos ninguno
Uso de dispositivos (sonda)	NO	Otros (por incontinencia)	

Eliminación cutánea

Normal	X	Profusa	Escasa
Problemas con el olor	NO	Secreciones	Normal

Intercambio gaseoso

Normal	Aumentado	Disminuido	X
--------	-----------	------------	----------

2.1.4. Dominio 4 Actividad/Reposo

Sueño

Horas de sueño nocturno	9	Otros descansos de la Tarde
-------------------------	---	-----------------------------

	SI
Historia anterior de insomnio	SI Medicación para dormir (nombre) NO

Percepción personal del dominio

Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>	Excesiva	Disminuida
----------	-------------------------------------	----------	------------

Estadios de relajación

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
----	-------------------------------------	----

Frecuencia de estadios de relajación: a veces

Actividades para la relajación: escuchar música

Tranquilidad

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
Motivos, describa:		

Inactividad y sedentarismo

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
Motivos, describa: se cansa rápido solo al caminar		

Fatiga

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
----	-------------------------------------	----

Causas de la fatiga: al caminar o correr le falta el aire

Comportamiento motor

Adecuado al contexto	X	Inhibición	Agitación/ inquietud
Temblores		Rigidez	Estereotipas / manierismo s
Tics		Otros	

Reacciones extrapiramidales

Cuales: Ninguna **X**

Regularidad del comportamiento motor

Frecuencia	Ninguna	Intensidad	Ninguna	Duración	Ninguna
------------	---------	------------	---------	----------	---------

Características del comportamiento motor

Controlable	Ninguna	Limitante	Ninguna	Incapacitante	Ninguna
-------------	---------	-----------	---------	---------------	---------

Opinión / sentimientos con respecto al comportamiento motor

Indiferente	Ninguna	Alegre/ Aceptado	Ninguna	Preocupado	Ninguna
-------------	---------	------------------	---------	------------	---------

Deseos o participación en actividades de consumo de energía

SI	X	
----	----------	--

Cuál/es: Deambulación

Cambio notable de habilidades o funciones

Gasto cardiaco	Frecuencia Cardiaca por minuto por minuto	64
-----------------------	--	----

Normal	X	Aumentado	Disminuido
Respiración espontánea		Frecuencia Respiratoria por minuto	30 por minuto
Normal		Aumentada	X
Actividades de autocuidado			
Baño corporal a la semana	2 veces	Alimentación CESA pocas veces	Vestimenta: inadecuada
Uso del WC	diario	Actividad : diaria	Ejercicio: poco
Control médico: ninguno		Frecuencia del mismo: ninguno	

2.1.5. Dominio 5 Percepción/ Cognición

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno

Normal	X	Hipervigilante	Confusión
Desrealización		Somnoliento	Vagabundeo
Sigue solo instrucciones		No responde a estímulos externos.	

Otros

Tiempo del inicio del trastorno:

Atención /orientación

Atención fluctuante	X	Distractibilidad
---------------------	----------	------------------

Orientación / reconoce

Lugar donde se	Domicilio	SI	Ciudad / país	SI
----------------	-----------	----	---------------	----

encuentra SI		
Día / mes SI	Año SI	Estación SI
Nombre completo SI	Edad, fecha nacimiento SI	Profesión SI
Personas significativas Abuela, hermana, hermano		Grado de relación Buena

Alteraciones perceptivas/ específicas:

Auditivas NO	Visuales NO	Táctiles NO
Olfativas NO	Ilusiones NO	Otras NO

Localización de la percepción

Interna X	Externa
-----------	---------

Memoria e inteligencia

Memoria inmediata/reciente SI	Memoria remota SI
-------------------------------	-------------------

Retrasos intelectuales NO

Capacidad de solucionar problemas NORMAL

Capacidad de abstracción NORMAL

Capacidad de juicio NORMAL

Capacidad de introspección NORMAL

Organización pensamiento lenguaje

Contenido

Coherente y organizado	Si X	No
Delirante	Si	No X

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos

Expresión de lenguaje

Velocidad	lenta	Cantidad	Normal	Volumen	Normal
Tono y modulación		normal			
Otras alteraciones					
Características del habla					
concordante, claro y con sentido lógico					

Comunicación

Envía información	Verbal	X	No verbal
Recibe información	Verbal	X	No verbal

2.1.6. Dominio 6 Auto percepción

Reactividad emocional

Adecuada al contexto	Pobreza sentimientos X	Expansión afectiva
Tonalidad Afectiva	Agradable	Desagradable

Percepción de imagen corporal

Ajustada a la realidad X	Confusa	Equivocada
------------------------------------	---------	------------

Actitud frente a su cuerpo

Aceptación	X	Rechazo	Otros
------------	----------	---------	-------

Auto descripción de sí mismo

Ajustada a la realidad	X	Sobrevaloración capacidades y logros personales
Exageración errores y desgracias /		Otros

infravaloración éxitos

Autoevaluación general y competencia personal

Aceptación general normal

Sentimientos respecto a autoevaluación personal

Tristeza	X	Inferioridad	X	Culpabilidad
Inutilidad	X	Impotencia	X	Euforia
Ansiedad	X	Rabia	X	Superioridad

Otros

Ideas de suicidio	SI	NO	X
-------------------	----	----	---

Causas de dichas ideas

Comportamientos adaptados para afrontar/ compensar los sentimientos

Escuchar a su abuelita

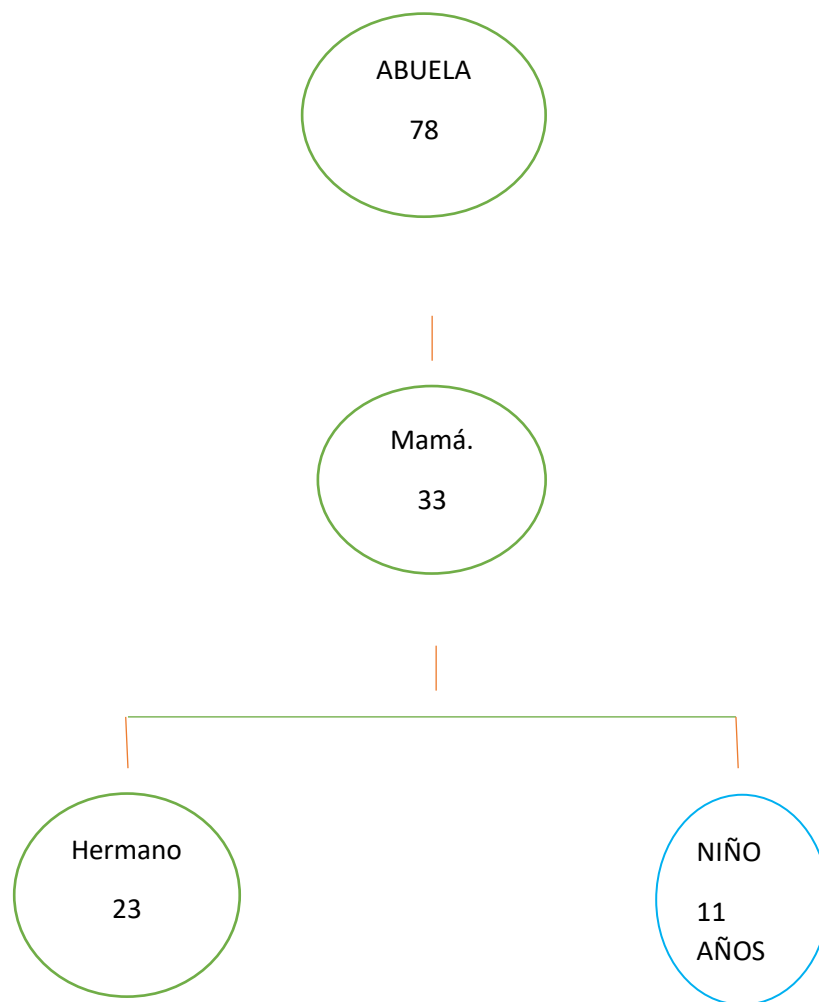
2.1.7. Dominio 7 Rol /Relaciones

Nivel de independencia de la persona

Física	Total	Parcial	X
Económica	Total	Parcial	X
Psicosocial	Total	Parcial	X

Estructura y roles familiares:

Árbol genealógico



Personas con las que convive

Esposa	Hija/o	Padres X	Otros
--------	--------	--------------------	-------

Rol/ responsabilidad dentro del núcleo familiar

Proveedor	Receptor X	No se identifica
Cónyuge/ padre	Hijo X	Otros

PERCEPCIÓN SOBRE EL ROL

Satisfactoria X	Insatisfactoria
---------------------------	-----------------

Relaciones familiares

Sin problemas de interés	Problemas por la enfermedad X	Otros
--------------------------	--------------------------------------	-------

Percepción de la relación

Satisfactoria	Insatisfactoria X
---------------	--------------------------

Sentimientos con respecto a las relaciones familiares

Ansiedad	Miedo X	Culpabilidad X
Tristeza X	Inutilidad X	Inferioridad
Impotencia X	Rabia X	Superioridad
Seguridad/ Tranquilidad	Otros	

Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización / institución / equipo.

Preocupación X	Apoyo X	Tranquilidad
Culpa X	Desinterés	Ansiedad X
Otros		

Porqué

Personas del ambiente más significativas y principal confidente

MAMA, ABUELITA, HERMANO

Relaciones sociales

Participación en actividades sociales o culturales	Si X	No
Participación en actividades ocio y tiempo libre	Si X	No

Averigüe que hace: ver tele

Percepción de las relaciones extra familiares

Satisfactoria	X	Insatisfactoria
Condición escolar: regular		
Condición laboral: ninguna		

2.1.8. Dominio 8 Sexualidad

Edad de menarquía	Edad de Menopausia	Embarazos
Partos	Abortos	Óbito fetal
Nacidos vivos	Nacidos muertos	Infertilidad
Problemas manifestados		

Valoración de su identidad sexual

Satisfactoria	X	Indiferente	Insatisfactoria
Problemas de diferenciación y/o identidad sexual			

2.1.9. Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia Al Estrés

Estado de tensión / ansiedad

Controlado	Temporal	X	Generalizado
------------	----------	----------	--------------

Percepción de control de la situación

Controlado	X	Descontrolado
------------	----------	---------------

Sentimientos asociados.

Alegría	Rabia	X	Tristeza
---------	-------	----------	----------

Frustración	Impotencia	Desesperanza
Depresión X	Otros	
Grado de incapacidad personal, laboral, social:		ninguno
Sistema de soporte o apoyo:		
Ninguno		
Tipo de traumas del cual ha sido objeto		
Ninguno X	Psicológico	Sexual
Laboral	Social	Físico
Otro		
Respuesta/ estrategias habituales de adaptación/ control		
Somatizaciones	Inhibición	Agitación
Agresión	Aceptación X	Otras

2.1.10. Dominio 10 Principios Vitales

Valores y creencias importantes en su historia personal:

Respeto, responsabilidad

Valores y creencias importantes en su historia familiar:

Creencias católica

Normas de su cultura o aspectos personales que desea sean tomados en cuenta:

Ninguno

Deseos de realizar prácticas religiosas:

Ninguno

Congruencia de las acciones con los valores y creencias:

SI

2.1.11. Dominio 11 Seguridad /Protección**Susceptibilidad a infecciones**

Inmunidad disminuida	X	Infecciones adquiridas
Hacinamiento	X	Promiscuidad
Deficiencia de higiene	X	Otras

Susceptibilidad a sufrir lesiones físicas o daño corporal

Depresión	X	Ansiedad	X	Soledad	X
Desconsuelo		Abandono		Baja Autoestima	X
Higiene corporal deficiente		Higiene dental deficiente		Depresión Post Parto	
Inaccesibilidad a lugares habituales		Instalaciones básicas inseguras			X

Otras Causas

Utilización de la violencia

Automutilación	SI	NO	X
----------------	----	----	----------

Causas

Violencia a Otros	SI	NO	X
-------------------	----	----	----------

Causas

Violencia Auto dirigida	SI	NO	X
-------------------------	----	----	----------

Causas

Riesgos de Suicidio	SI	NO	X
---------------------	----	----	----------

Causas

Existencia de fuentes de peligro en el entorno

Bares y discotecas		Prostíbulos	
Lugares de expendio de Comida rápida	X	Restaurantes Inseguros	
Ríos contaminados	X	Canales de riego	X
Fabricas Contaminantes	X	Otros sitios	

Acciones de autoprotección

Utilización de medidas protectoras frente a desastres	SI	X	NO
---	----	----------	----

Cuales Evacuación

Utilización de medidas protectoras frente a factores ambientales nocivos	SI	NO	X
--	----	----	----------

Cuales

Utilización de medidas protectoras frente a procesos alérgicos	SI	NO	X
--	----	----	----------

Cuales

Utilización de medidas protectoras frente a otros trastornos	SI	NO	X
--	----	----	----------

Cuales			
Procesos termorreguladores			
Normo termia	SI	X	NO
Hipotermia	SI		NO X
Riesgo de hipotermia	SI	X	NO
Hipertermia	SI		NO X
Riesgo de hipertermia	SI		NO X
Causas ambientales			

2.1.12. Dominio 12 Confort

Comodidad física, mental y social

CONFORT FISICO		
Presencia de dolor	SI	NO X
Localización		
Tipo de dolor	AGUDO	CRONICO
Sensación de náuseas	SI	NO X
Origen de las náuseas		
Confort mental o emocional		
Sensación de Abandono	SI	X NO
Causas padre ausente		
Sensación de Aislamiento	SI	X NO
Causas enfermedad		

Sensación de Sufrimiento	SI	X	NO
--------------------------	----	----------	----

Causas madre trabaja lejos

Confort social

Sensación de Aislamiento social	SI	X	NO
---------------------------------	----	----------	----

Causas no tiene amigos con quienes salir

Confort espiritual

Sensación de Insatisfacción espiritual	SI	NO	X
--	----	----	----------

Causas

2.1.13. Dominio 13 Crecimiento y Desarrollo

Crecimiento infantil

Peso adecuado X	Bajo peso	Sobrepeso
Talla adecuada X	Bajo talla	Gran Talla
Crecimiento Normal X	Crecimiento desproporcionado	Retraso en el crecimiento
Conducta organizada del lactante	Conducta desorganizada del lactante	Riesgo de conducta desorganizada del lactante
Desarrollo normal X	Retraso en el Desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo

Adulto

Peso adecuado	Bajo peso	Sobrepeso
---------------	-----------	-----------

Talla adecuada	Bajo talla	Gran Talla
Capacidad del adulto para mantener su desarrollo		Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo

7.3. Examen de Laboratorio.

	RESULTADO	UNIDADES	RANGO
BIOMETRIA HEMATICA	HEMATOLOGIA		
GLOBULOS BLANCOS	16.60	10 ³ /UI	12.00 – 15.00
BASOFILOS	0.2	%	0.0 – 0.5
EOSINOFILOS	2.3	%	0.5 – 4.0
NEUTROFILOS	84.8	%	
LINFOCITOS	7.8	%	
MONOCITOS	4.9	%	
HEMATOCRITO	39.6	%	38.0 – 44.0
HEMOGLOBINA	13.70	g/dL	11.50 – 14.80
GLOBULOS ROJOS	4.78	10 ⁶ /UI	
MCH	28.6	pg	
MCHC	33.8	g/dL	
MCV	82.0	fL	
CONTAJE DE PLAQUETAS	451	10 ³ /UI	
MPV	8.4	fl	
	COAGULACIÓN		
TTP	50.80	Seg	20.00 – 45.00
TP	18.80	Seg	10.00 – 13.50
	QUIMICA SANGUINEA		
GLUCOSA	160.0	mg/dL	74.0 – 100.0
CREATININA	0.24	mg/dL	0.70 – 1.30
NITROGENO UREICO (BUN)	16.0	mg/dL	7.0 – 18.0
	SEROLOGICO		
INR	1.61		0.00 – 2.00

Autor: Angie Clavijo/Fuente: Hospital Provincial General de Latacunga