



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



Proceso de Atención de Enfermería

A un Paciente Adulto Maduro con Exceso de Volumen de Líquido Intrapereitoneal por Disfunción Hepática Alcohólica, a Través de la Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

María Cecilia Rojas Flores

Directora del Trabajo:

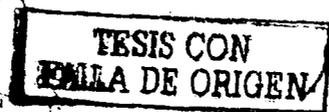
Araceli Jiménez Mendoza
M.C.E. Araceli Jiménez Mendoza



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, D.F.

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi esposo:

*Por la infinita paciencia,
apoyo y amor que me brindó
en todo momento durante el curso.*

A mis maestros de la ENEO,SUA:

*Por transmitirme sus conocimientos,
orientarme e impulsarme
a la superación continua.*

*Especialmente a la Directora del trabajo
M.C.E. Araceli Jiménez Mendoza,
por las facilidades para la elaboración de este proceso.*

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA



Indice

Introducción.

Justificación.....	1
Objetivos.....	2
Generales	
Específicos	
1. Metodología de Trabajo.....	3
2. Marco Teórico.....	6
2.1 Modelo de Virginia Henderson.....	7
2.1.1 Modelo Conceptual de los Cuidados de Enfermería en Base al Modelo de Virginia Henderson.....	8
2.1.1.1 Independientes.....	8
2.1.1.2 Interdependientes.....	8
2.1.1.3 Dependientes.....	8
2.1.1.4 Concepto de Enfermería, según Virginia Henderson.....	9
2.1.1.5 Intervenciones.....	10
2.1.2 Supuestos Principales del Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	11
2.1.2.1 Persona.....	11
2.1.2.2 Salud.....	12
2.1.3 Causas que Dificultan la Satisfacción de las Necesidades ..	12
2.1.3.1 Falta de Fuerza.....	12
2.1.3.2 Voluntad.....	12
2.1.3.3 Conocimiento.....	12
2.1.3.4 Entorno.....	13
2.2 Adulto Maduro y sus Características.....	14
2.2.1 Edad Madura.....	14
2.2.2 Características de Adulto Maduro.....	15
2.2.3 Problemas de Salud Comunes Durante la Edad Madura ..	19
2.3 Disfunción Hepática.....	19
2.3.1 Clasificación de Disfunción Hepática.....	20
2.3.1.1 Características Clínicas de Disfunción Hepática Aguda y Crónica.....	21

2.3.2 El Alcoholismo y su Concepto	23
2.3.2.1 Factores de Riesgo	24
2.3.2.2 Etapas del Alcoholismo	26
2.4 Cirrosis Hepática	27
2.4.1 Concepto de Cirrosis Hepática	28
2.4.2 Etiología de Cirrosis Hepática.	28
2.5 Cirrosis Hepática Alcohólica	29
2.5.1 Etiología de Cirrosis Hepática Alcohólica.	29
2.5.2 Fisiopatología de Cirrosis Hepática Alcohólica.	30
2.5.3 Características Clínicas de Cirrosis Hepática Alcohólica. . .	33
2.5.4 Complicaciones de Cirrosis Hepática Alcohólica.	35
2.5.4.1 Exceso de Volumen Intraperitoneal (ascitis).	35
2.5.5 Tratamiento de Cirrosis Hepática Alcohólica	36
2.5.6 Previsión de la Cirrosis Hepática Alcohólica.	40
2.6 Necesidades del Paciente en la Disfunción Hepática Según los Diagnósticos de la NANDA.	41
2.6.1 Necesidad de Eliminar Desechos Corporales.	41
Exceso de Volumen de Líquido Intraperitoneal (ascitis a Tensión) y Edema de Miembros Inferiores.	
2.6.2 Necesidad de Oxigenación (respirar)	42
Incapacidad para mantener Ventilación Espontánea. (disnea, polipnea, cianosis leve).	
2.6.3 Necesidad de Descansar, de Dormir Adecuadamente.	42
Dolor Crónico, Ansiedad, Miedo o Temor.	
2.6.4 Necesidad de Eliminar Desechos Corporales.	43
Retención Urinaria.	
2.6.5 Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.	43
Anemia, Desnutrición, Pálido. Anorexia.	
2.6.6 Necesidad de Nutrición e Hidratación.	44
Alteración de la Nutrición por defecto. Anemia, desnutrición, pálido, anorexia.	
2.6.7 Necesidad de Conservar la Integridad de la Piel.	45
Alto Riesgo de Infección. Deterioro de la Integridad Cutánea.	

2.6.8 Necesidad de Aprender.	47
Déficit de Conocimiento de su Salud y Enfermedad.	
Alteración de la Adaptabilidad.	
Poca Autoestima Crónica.	
2.7 Intervenciones de Enfermería en la Disfunción Hepática Alcohólica, con exceso de Volumen de Líquido Intra-peritoneal, con base a sus necesidades.	48
3.0 Aplicación del Proceso.	53
3.1 Presentación del Caso.	53
3.1.1 Historia Clínica Médica.	55
3.1.2 Historia Clínica de Enfermería.	55
3.1.2.1 Datos de Identificación.	56
3.1.2.2 Perfil del Ambiente.	56
3.1.2.3 Hábitos Higiénicos.	57
3.1.2.4 Hábitos Alimenticios.	57
3.1.2.5 Eliminación.	58
3.1.2.6 Descanso y Sueño.	58
3.1.2.7 Oxigenación.	58
3.1.2.8 Moverse y Mantener Buena Postura.	59
3.1.2.9 Comunicación.	59
3.1.2.10 Creencias y Valores.	59
3.1.2.11 Trabajo y Realización.	59
3.1.2.12 Participar en Actividades Recreativas.	60
3.1.2.13 Necesidad de Aprendizaje.	60
3.1.2.14 Sexualidad y Reproducción.	60
3.1.2.15 Dinámica Familiar.	60
3.1.2.16 Antecedentes Personales Patógenos.	60
3.1.2.17 Antecedentes Familiares Patológicos.	61
3.1.2.18 Observación y Exploración Física del Paciente	61
3.1.3 Datos Complementarios de Laboratorio.	62
3.1.4 Análisis de Datos.	62
3.2 Diagnóstico de Enfermería.	63
3.2.1 Clasificación de Diagnóstico de Enfermería.	64
3.2.2 Pasos para Elaborar el Diagnóstico de Enfermería.	64

3.2.3 Normas para Escribir Diagnósticos de Enfermería	65
3.2.4 Propósitos del Diagnóstico de Enfermería	65
3.3 Jerarquización de Necesidades.	66
3.4 Plan de Intervenciones y Ejecución	67
3.4.1 Características del Plan de Cuidados.	68
4. Plan de Alta	91
4.1 Plan de Alta del Médico.	91
4.2 Plan de Alta de Dietología.	91
4.3 Plan de Alta de Trabajo Social	91
4.4 Plan de Alta de Enfermería.	92
5. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería.	93
6. Conclusiones	94
Sugerencias.	95
Bibliografía.	
Glosario.	
Anexos.	
Anexo I Historia Clínica de Enfermería.	

Introducción

La enfermería está dedicada a la prevención, al alivio del sufrimiento humano y a cubrir sus necesidades, proporcionando atención de calidad al individuo sano o enfermo.

Para proporcionar esta calidad de atención, la enfermería cuenta con varios métodos de trabajo, entre los cuales sobresale el proceso de atención de enfermería, como modelo de atención individualizado, integral, humanista y con razón científica.

El proceso de atención de enfermería, es una metodología que nos permite planear de manera sistemática los cuidados o intervenciones de enfermería, con base en la detección de necesidades, las cuales para este trabajo estarán basadas en el modelo de Virginia Henderson.

El presente proceso de atención de enfermería se realizó a un paciente adulto maduro con exceso de volumen de líquido intraperitoneal, por disfunción hepática alcohólica a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson. Se llevó a cabo a un paciente del hospital general de zona No. 71, de Chalco, Estado de México, en el servicio de urgencias.

En el marco teórico se da a conocer el concepto de enfermería, el proceso de atención de enfermería, adulto maduro y sus características, las necesidades identificadas del paciente por jerarquización, la fisiopatología de la disfunción hepática alcohólica, la etiología, signos y síntomas, complicaciones, su tratamiento y los cuidados de enfermería.

Se menciona el concepto del alcoholismo, sus etapas y el daño que ocasiona al hígado.

Este proceso es para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma integral y sistemática los cuidados de enfermería y así evaluar los resultados obtenidos.

Se describió y desarrolló cada una de las necesidades del paciente con exceso de volumen de líquido intraperitoneal por disfunción hepática, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson; se realizó una historia clínica de enfermería.

Se da a conocer la justificación del caso clínico, los objetivos, la metodología del trabajo, el plan de atención de enfermería, se dan las conclusiones y sugerencias, con los resultados de la evaluación, educación para la salud sobre el alcoholismo y un medicamento actual, preventivo de la cirrosis hepática por alcoholismo, se da a conocer un glosario para la comprensión del tema y la bibliografía.

Se es más profesional cuando se aplica éste proceso de atención de enfermería y nos da la oportunidad de proporcionar una atención de calidad al paciente, como licenciados en enfermería, para quitar la imagen de la enfermera "fragmentada" y despersonalizada con tendencia a atender la enfermedad o el órgano afectado y no al individuo como un ser humano.

JUSTIFICACION

El proceso de atención de enfermería es una metodología que nos permite estudiar, analizar, investigar y planear de manera sistemática, los cuidados de enfermería, con base en la detección de necesidades, las cuales para este trabajo estarán basadas en el modelo de Virginia Henderson.

El presente proyecto de proceso de atención de enfermería se realiza en un caso a un paciente adulto maduro con exceso de volumen de líquido intraperitoneal, por disfunción hepática alcohólica.

La razón para realizar este proyecto, de un paciente con disfunción hepática, ocasionada por el alcoholismo, es por los múltiples ingresos al servicio de urgencias por este padecimiento, así como las estadísticas, que revelan que del año de 1990 a 1997, se registró un notable incremento en el número de enfermos y/o muertos, por alguno de los padecimientos relacionados con el consumo de bebidas embriagantes, y en la cirrosis hepática, cuya tasa de mortalidad aumentó de 15 a 45 por cada cien mil derechohabientes del IMSS.¹

En este mismo lapso, creció la tasa de enfermos por cirrosis, al pasar de 13.3 a 19.9 por cada cien mil derechohabientes, fenómeno que se puede relacionar con el hecho de que cada vez se ingieren bebidas alcohólicas a edades más tempranas, con lo cual la necesidad de proporcionar una atención de calidad a este tipo de pacientes aplicando el proceso atención de enfermería, de acuerdo a sus necesidades.

La selección para realizar este proceso de enfermería, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, es porque se enfoca a las necesidades en forma integral del ser humano, además es una guía para la práctica de enfermería y cumple con los objetivos de nuestra profesión con lo que respecta al cuidado, educación y a la investigación .

¹ IMSS, Se incrementa el consumo de alcohol y drogas, así como sus consecuencias, Revista, Nov-Dic. 1997. p. 1.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Concluir de manera satisfactoria este trabajo relacionado con el proceso de atención de enfermería, para llenar un requisito importante, con el fin de obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Realizar un proceso de atención de enfermería, aplicando la metodología y con los conocimientos adquiridos, llevarlos a cabo en un paciente con disfunción hepática, ocasionado por alcoholismo crónico y tener un instrumento que nos apoye en la mejor atención del mismo.

Concientizar a los estudiantes y a las enfermeras generales de la importancia de realizar el proceso de atención de enfermería a cada paciente, en la práctica diaria de acuerdo a las necesidades básicas del ser humano, para mantener o recuperar la salud, o en su defecto evitando complicaciones.

Objetivo Específico.

Conocer las cinco etapas del proceso de enfermería y aplicar la metodología del proceso atención de enfermería.

Aplicar el modelo de Virginia Henderson en un caso clínico específico de disfunción hepática alcohólica, con exceso de volumen de líquido intra peritoneal.

Identificar las necesidades del paciente y clasificar los diagnósticos de la NANDA.

Metodología de trabajo.

El PAE (Proceso de Atención de Enfermería), es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, es un método organizado que abarca cierto número de pasos.

Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería; y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados, en base a las necesidades básicas del paciente. Las fases del proceso de enfermería, se han definido de diferentes maneras por diversos autores; pero de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, que se enmarca en la filosofía humanista.

El proceso de Enfermería. Concepto:

“Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizado, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”².

En el término paciente, se incluye también a la familia o la comunidad.

Consta de 5 etapas:

- Planificación
- Ejecución
- Evaluación
- Valoración
- Diagnóstico

Durante todo el proceso, la enfermera se guía por un modelo de enfermería individualizados. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los componentes de los cuidados de enfermería orientarán en las cinco etapas del proceso, y se utiliza el método inductivo.

1).- Etapa de Valoración.

Se va a reunir toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante la historia de enfermería que abarca las catorce necesidades básicas del paciente, esto se realizará al ingreso en el hospital y se realiza una exploración física e interrogatorio.

² Garcia Gonzalez, Ma. de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, p.21.

2).- Etapa de Diagnóstico.

Se examina el grado de dependencia e independencia del paciente, o su familia (sus necesidades básicas y capacidades), y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizarán los diagnósticos de la NANDA.

3).- Etapa de Planificación.

Se va a desarrollar un plan de acción, con el paciente y familia con las siguientes actividades, determinar prioridades, objetivos, actividades de enfermería, del paciente y familia para el logro de los objetivos.

Registros del plan de cuidados por escrito, el plan de acción incluye las órdenes médicas.

4).- Etapa de Ejecución.

Se realizarán las actividades prescritas durante la fase de planificación. Se determina el plan de cuidados y se identifican nuevos problemas o avances. En la ejecución, se ponen en práctica las actividades y se valora el estado actual del paciente y se anotarán las respuestas a las actividades de enfermería.

5).- Etapa de Evaluación.

Al término del proceso se evaluará cada una de las etapas para saber si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio.

La evaluación se hace en base a los objetivos propuestos, si se realizaron las actividades como estaban programadas de acuerdo a sus necesidades básicas y los cambios nuevos que hay que introducir.³

La metodología para la valoración de los datos básicos que se registrarán, debe ser adecuada, completa y apegada a la realidad sobre los problemas del paciente.

Actividades:

Recolección de datos.

Validación de datos.

Organización de datos.

³ Ibidem. P.21,22,23.

Comunicación y anotación de datos.

Fuentes de obtención de datos:

Paciente y su familia.

Medios:

Observación.

Entrevista.

Interacciones.

Valoración física.

Registros médicos en el expediente (historia clínica).

Registros de enfermería.

Bibliografía referente al problema.

Límites:

Investigación bibliográfica actualizada.

Espacio:

Hospital.

Bibliotecas, hemerotecas.

Tiempo:

3 meses.

Recursos materiales:

Lápiz.

Plumas.

Hojas blancas.

Máquina de escribir.

Computadora.

Fichas de trabajo.

Recursos Humanos:

Pasante de licenciatura de enfermería.

Universo de Estudio:

Paciente.

Familiar.

Cronograma de actividades:

Investigación bibliográficas y paciente, familiar.

Proyecto del PAE.

Tipo de Investigación:

Clínica y documental

Marco Teórico

*La dirección en la cual inicia su educación un hombre,
determinará su vida futura.*

Platón.

2. Marco Teórico

2.1 Modelo de Virginia Hendersón.

El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanista, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano y se le estudia en los aspectos biopsicosociales y espirituales, de manera integral a través de la aplicación del proceso de enfermería.⁴

Nos sirve para elaborar un plan de cuidados para dar al paciente un cuidado más integral e individual.

Es una guía para la práctica de enfermería, además de que clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.

En el año de 1973, se introdujo en la enseñanza de enfermería, el proceso de atención de enfermería(PAE), porque se le consideraba un buen instrumento para dar cuidado individual al paciente.⁵

El proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas, dando el nombre a los problemas el nombre de necesidades.

El proceso de enfermería, en base al modelo de Virginia Henderson, se publicó en 1997, para proporcionar intervenciones de enfermería de calidad, acordes a las necesidades de cada persona, para satisfacer y llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Esto proporcionará al individuo independencia, si se tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento.

⁴ Ibidem. P. 11.

⁵ Ibidem. P 20.

2.1.1 Modelo Conceptual de los Cuidados de Enfermería en Base al Modelo de Virginia Henderson.

A través del tiempo, la enfermería ha ido evolucionando y las enfermeras de hoy en día, tienen interés sobre la aplicación de modelos conceptuales de enfermería; la comprensión, el estudio del proceso de enfermería y el comprender la función específica de enfermería.

Según Virginia Henderson, menciona que existen funciones independientes, que la enfermera ejecuta por si misma (incluido el diagnóstico y tratamiento), y las funciones delegadas por el médico, que son las tradicionales.

Actualmente, las funciones de enfermería se sitúan en tres áreas: Independientes, Interdependientes y Dependientes.

2.1.1.1 Independientes. Son las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

2.1.1.2 Interdependientes. Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

2.1.1.3 Dependientes. Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas. (Iyer y Cols., 1989).

Se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería contribuye a lograr la autonomía profesional, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Además los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.⁶

⁶ Ibidem.p.9.

Un modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad y se agrupan en dos clasificaciones:

- 1.- Teóricos.-Que representan al mundo real.
- 2.- Empíricos.-Son una réplica de la realidad. (ejem. Un corazón de plástico).

Modelo de Enfermería.

Es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Un modelo conceptual para enfermería, según Evelyn Adam, es la imagen mental de lo que se cree que es enfermería (1989).

La enfermería esta evolucionando día con día y cada vez existe más inquietud sobre su identidad y lograr ser más profesional; por lo tanto, un modelo de enfermería, es una guía para la práctica de enfermería, clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación, la investigación y estar preparados para proporcionar cuidados de acuerdo a las necesidades básicas del ser humano, o sea tener claro su propio papel de enfermera.

2.1.1.4 Concepto de Enfermería.

Según Virginia Henderson. se define como la función que tiene la enfermera en asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica o serena) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible para reintegrarlo a la sociedad, tanto el paciente y su familia.⁷

Existen otros modelos de conceptos de enfermería con otros autores, encaminados a un mismo fin; y de acuerdo a Doris Grinspun:

⁷ Ibidem. P.12.

Enfermería. Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Definir la enfermería como profesión conlleva a un acto mismo de cuidar, de realizar objetivos encaminados a los propios ideales y valores éticos y profesionales de la enfermera, la cual dignifica su estado de pensamiento siempre al mejorar la calidad de vida del ser humano y recuperar su independencia.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es y debe ser legalmente una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes, con mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, lo cual estos cuidados básicos son las catorce necesidades básicas del paciente y que abarcan todas las funciones de la enfermería.⁸

2.1.1.5 Intervenciones.

Asistencia a la persona enferma o sana en las intervenciones que no puede hacer por sí mismo por falta de fuerza, voluntad, y conocimiento con el fin de conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

⁸ Ibidem. P.13

2.1.2 Explicación de los supuestos principales del modelo conceptual de Virginia Henderson.

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud”.⁹

Un estado saludables aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más concientes cuando perdemos la salud y es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápidamente posible.

Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud y dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

Cada individuo es un ser biopsicosocial que requiere satisfacer necesidades fundamentales y según Abraham Maslow, ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás. “Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no esta completo, en su integridad, ni es independiente”. El término independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarias para llevar a cabo las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

2.1.2.1 Persona.

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional porque la mente y el cuerpo son inseparables, y presenta catorce necesidades fundamentales.

La persona es capaz de aprender durante toda su vida, por lo tanto, el paciente y su familia conforman una unidad.

⁹ Ibidem.p.11.

2.1.2.2 Salud.

Se considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad, por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano; (salud es la habilidad del individuo para realizar, sin ayuda, los quince componentes del cuidado de enfermería). Es la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, su vigor físico y mental, la que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.¹⁰

2.1.3 Causas que dificultan la satisfacción de las necesidades.

2.1.3.1 Falta de fuerza.

La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, tanto física como fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

2.1.3.2 Voluntad.

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud y está relacionada con la capacidad intelectual. Se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

2.1.3.3 Conocimiento.

Falta de conocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben de tener, cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general, lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

¹⁰ Ibidem. p. 13.

2.1.3.4 Entorno.

El medio ambiente en donde el individuo desarrolla su actividad:

Hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato. La enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto, las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos. Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. "La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente" y afirma con énfasis " La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente y ha de meterse en sus zapatos para comprenderlo".¹¹

Henderson identifica tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- 1.- La enfermera como sustituto del paciente. En un estado de enfermedad grave, la enfermera es sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse "completo" o independiente (naturaleza de la enfermería, 1994).
- 2.- La enfermera como ayuda del paciente. La enfermera da apoyo al individuo para recuperar su independencia.¹²
- 3.- La enfermera como compañera y orientadora del paciente. Todo el tiempo la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia y junto con el paciente y la familia, elaboran juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

¹¹ Ibidem. p. 14.

¹² Ibidem. p. 15.

2.2 Concepto de Adulto maduro y sus características.

2.2.1 Edad madura.

Edad madura es de los cuarenta a los sesenta y cinco años de edad. Es un cambio de adulto joven a maduro. Es un punto importante de transición, un momento en la vida que se ha denominado la crisis de la madurez, con pérdida de la función, con cambios físicos y mentales. En esta edad se pueden requerir nuevas adaptaciones, nuevas integraciones.

En la mayoría de los adultos, el punto máximo físico e intelectual ha sido experimentado a los cuarenta o cuarenta y cinco años. La madurez se considera como la meta mas elevada. La madurez es elusiva (no se deja atrapar, es esquiva), siempre buscada y nunca alcanzada, se dice que es difícil describir a una persona madura emocionalmente.

La madurez emocional implica la habilidad de suspender o posponer las respuestas emocionales y de manifestar y expresar estados de ánimo de manera socialmente aceptada.

La persona madura es aquella que ha encontrado satisfacción en su trabajo y cuyos planes y ambiciones personales se han realizado. Es socialmente la mas satisfactoria satisfacción marital, aunque las expresiones cariñosas disminuyen entre los cuarenta y los cincuenta años. Aunque en la intimidad hay mas retorno en los hombres que en las mujeres y para las mujeres de los cuarenta a los sesenta y cinco años, es una época de mayor énfasis en las preocupaciones de los logros de metas. Es frecuente el uso de la expresión "en la flor de la vida".¹³

En el estado fisiológico, empiezan a desaparecer las aptitudes físicas de años previos.

¹³ Helen I. Bee. Desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida. P. 107.

2.2.2 Características de edad madura.

Estado fisiológico.

Empiezan a desaparecer las aptitudes físicas de años previos, al tiempo que hace acto de presencia la realidad del envejecimiento. Este es el periodo en que la mayoría de las personas necesitan tomar precauciones para promover su propia salud.

Aspectos de desarrollo.

Ayudar los hijos adolescentes a convertirse en adultos responsables y felices, y fungen como modelos para sus hijos.

Alcanzan el máximo de su influencia y productividad en el ejercicio de responsabilidades cívicas y sociales.

Llegan a su máximo los logros profesionales y mantenimiento de un desempeño satisfactorio en el trabajo.

Elección de actividades recreativas propias de la edad madura, disminuye la actividad física, la vida se vuelve más sedentaria.

La relación con el cónyuge como persona es esta etapa. Se necesitan el uno al otro mas que nunca y el apoyo moral en los años de la menopausia.

Aceptación de los cambios fisiológicos de la edad madura y el ajuste a los mismos.

Desarrollo psicosocial.

Necesidad básica de guiar y educar a la siguiente generación.

La edad madura es un periodo para cosechar frutos, valorar y disfrutar la plenitud personal, regocijarse en la satisfacción del deber cumplido, empezar la preparación para los años subsecuentes a la interrupción de las actividades laborales.

El estancamiento da como resultado introvertido y absorto, esté aburrido y se vuelva difícil y no aceptar la vida en general.

Es frecuente encontrar un doble (dicotomía) en la conducta, no aceptan ni enfrentan el envejecimiento.¹⁴

¹⁴ Ibidem. p. 108.

Edad adulta o madurez media (40-65 años). Cambios en el desarrollo durante la edad adulto maduro.

Desarrollo físico:

Pérdida continua de las capacidades físicas en algunas áreas, siendo acelerada la pérdida de células. El grado de merma física es influido considerablemente por el ejercicio óptimo de las capacidades. El climaterio ocurre tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, comprendiendo una pérdida gradual de las hormonas sexuales. En las mujeres, hay también una pérdida de la capacidad reproductiva.

Desarrollo cognoscitivo:

Reducción gradual y continua de algunas medidas mentales - las que requieren el empleo de la inteligencia fluida (en particular, la rapidez), pero hay poca o ninguna reducción en la inteligencia ejercida o cristalizada. El aumento en la creatividad puede ocurrir para muchos adultos en este período.

Desarrollo social : Etapa de Erikson de la integridad versus desesperación.

Este es un periodo de alta satisfacción marital después de que los hijos han partido. Sin embargo, es también un periodo de problemas generacionales con exigencias por parte tanto de los padres como de los hijos. El matrimonio también puede mostrar una pérdida en las expresiones de cariño. La importancia de la amistad parece aumentar; y tanto para los hombres como para las mujeres hay señales de un entrecruzamiento en el logro y énfasis afectivo, lo cual lleva a una mayor androginia psicológica en ambos sexos.¹⁵

¹⁵ Wolff, Wetzel, Zornow. Curso de enfermería moderna, P. 571.

Características de Adulto Maduro.

Estructura	Características
Estado fisiológico general.	<ul style="list-style-type: none">• Continúa decayendo poco a poco el funcionamiento corporal.
Sistema nervioso.	<ul style="list-style-type: none">• Tiende a disminuir el metabolismo basal al tiempo que se estabiliza la secreción de hormonas
Muscular y óseo	<ul style="list-style-type: none">• El sistema nervioso central funciona de manera excelente, si bien suele advertirse cierta regresión hacia fines de éste periodo.• Empieza a disminuir la agudeza de los sentidos, en especial la visión.• El estado de los músculos depende principalmente de la cantidad de ejercicio físico que se practique.• Los músculos pierden elasticidad y se vuelven laxos, si se lleva una vida sedentaria. La aparición de la "barriga" es característica de este periodo.• Comienza la disminución de la masa ósea hacia los 40 años de edad.• Se inicia la pérdida de calcio y suelen resultar evidentes una disminución de la estatura y la aparición de una joroba.
Cambios en la piel.	<ul style="list-style-type: none">• Continúa secándose y arrugándose la piel, y se reduce su elasticidad.• Son comunes las canas y la calvicie.
Sistema cardiopulmonar	<ul style="list-style-type: none">• Empieza la hipertrofia ventricular, en algunas personas, con el endurecimiento de las paredes arteriales.• Disminuye el tono del miocardio al reducirse la intensidad de las actividades físicas en comparación con años previos.• No se modifica la capacidad respiratoria vi-

tal, a menos que haya enfermedades respiratorias. La capacidad respiratoria empieza a disminuir hacia los 55 años con la pérdida de elasticidad de los tejidos pulmonares.

Aparato digestivo.

- Decaen constantemente las secreciones gástricas.
- Se reduce la producción de ciertas enzimas importantes para la digestión, como la ptialina y los jugos pancreáticos, hacia el término de este periodo, lo cual hace que las personas sientan que determinados alimentos no les "caen bien".¹⁶
- Se vuelve más lenta la actividad gastrointestinal general con la pérdida de tono muscular y la disminución del peristaltismo, lo cual frecuentemente origina estreñimiento.

Aparato urinario.

- En general, no se modifican la filtración renal normal y la eliminación de desechos.
- La disminución en la función renal se inicia hacia fines de este periodo.

Aparato genital.

- Tiene lugar el climaterio, o sea la disminución y subsecuente interrupción de la vida reproductiva de la mujer.
- Decae la producción de testosterona, pero continúa la espermatogénesis. Los varones no experimentan los cambios notables que se advierten en las mujeres.

Hay quienes describen un climaterio masculino, pero en sentido estricto este término se refiere a la disminución en la función reproductiva femenina.

Dentición.

- Es común la caída de dientes, por lo común debida a enfermedades periodontales.
- La mayoría de las personas de 55 años han perdido algunos de sus dientes.

Aptitudes cognoscitivas.

- Es usual que las aptitudes cognoscitivas alcancen su nivel máximo. Muchos expertos concuerdan en que esto ocurre en la cuarta y

¹⁶ Helen L. Bee. Op. Cit. p. 106.

la quinta décadas de vida, en que es frecuente que las personas hagan sus mayores contribuciones a la sociedad gracias a la experiencia que han adquirido en la vida.

- Se pulen en alto grado las aptitudes cognitivas, y es común que la Enfermedad alcance su nivel óptimo.

2.2.3 Problemas de Salud Comunes Durante la Edad Madura.

Los resultados del estrés y los excesos de la vida cotidiana, se hacen evidentes a partir de la edad madura, por ejemplo: es probable que surjan el enfisema y la cirrosis hepática se ha abusado del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. La úlcera péptica y el infarto del miocardio son causas mas importantes de morbilidad y mortalidad. La enfermedad es común y agrava la salud, los trastornos biliares en mujeres, enfermedad, tumores malignos, las depresiones y los suicidios es frecuente en mujeres de 45 a 54 años de edad.¹⁷

2.3 Disfunción Hepática.

El término insuficiencia o disfunción hepática, denota alteración de la función total del órgano, aún cuando las funciones pueden alterarse en grado variable y no siempre se encuentra enfermedad entre la enfermedad del trastorno de una con respecto a las otras.

La enfermedad de disfunción hepática, incluye un grupo de alteraciones clínicas y bioquímicas que son los resultados de la falla de hígado para llevar a cabo sus funciones normales.

Algunos autores refieren que el hígado tiene mucha reserva anatómica y que la insuficiencia hepática ocurre rara vez, excepto cuando el hígado gravemente enfermo se somete a alguna tensión adicional, independientemente de la naturaleza de la enfermedad hepática subyacente, ya sea cirrosis biliar o portal, colangitis, atrofia amarilla aguda o hepatitis fulminante. Sin embargo, la

¹⁷Ibidem. p. 109.

insuficiencia resulta mas comúnmente de la exacerbación de una enfermedad hepática crónica.

2.3.1 Clasificación de disfunción hepática.

La insuficiencia hepática se puede considerar desde el punto de vista clínica como aguda o crónica.

En la insuficiencia hepática aguda puede coexistir encefalopatía aguda y en la insuficiencia hepática crónica puede existir encefalopatía hepática aguda o crónica.

Insuficiencia hepática aguda:

Puede ser de curso benigno o bien ser grave por acompañarse de datos de encefalopatía hepática aguda. La insuficiencia funcional aguda del hígado se presenta en las afecciones de este órgano que evolucionan, de esta forma y que ocasionan daño suficientemente extenso para sobrepasar la reserva funcional hepática y permitir así las manifestaciones clínicas y bioquímicas.

Las principales enfermedades que cursan con insuficiencia hepática aguda son de tipo inflamatorio (como la hepatitis viral aguda) de tipo degenerativo y neoplásico.

La insuficiencia hepática crónica; esta alcanza su máxima expresión y frecuencia en pacientes con cirrosis hepática.

Se calcula que en México existen aproximadamente 75,000 pacientes con cirrosis hepática y en éstos se pueden observar signos de insuficiencia hepática crónica; en la mitad de ellos pueden existir alteraciones compatibles con encefalopatía hepática crónica.¹⁸

Como la mayoría de los casos cursan con cirrosis, en los pacientes se pueden observar las alteraciones clínicas y bioquímicas e histológicas características de la cirrosis hepática.

El 60% de los pacientes con insuficiencia hepática crónica son alcohólicas y el 35% son pacientes con el antecedente de hepatitis viral aguda.

¹⁸ L. Guevara González. Consideraciones sobre epidemiología de cirrosis hepática. P. 13.

Los factores precipitantes de la insuficiencia hepática, suelen ser la ingestión aguda de alcohol o la hemorragia gastrointestinal, pero también son la fiebre azotemia, desequilibrio electrolítico o colangitis ascendente.

A veces la insuficiencia hepática con encefalopatía será precipitada por descompresión portal (desviación portal) en la que los productos de la absorción intestinal se desvían directamente a la circulación general, sin pasar a través del hígado, con lo que no hay oportunidad para la conjugación (desintoxicación) que realiza el hígado.¹⁹

El paciente con insuficiencia hepática esta profundamente icterico y generalmente caquético; a continuación se mencionan las manifestaciones clínicas y bioquímicas de la insuficiencia hepática aguda y crónica.

2.3.1.1 Características clínicas de disfunción hepática aguda y crónica.

Características clínicas de la insuficiencia hepática aguda de forma benigna y de su forma grave.

1.- Formas de insuficiencia hepática aguda benigna.

- Ictericia.
- Astenia.
- Anorexia.
- Náusea vómito.
- Disminución del apetito sexual.
- Hepatomegalia frecuentemente dolorosa.
- Aumento de la concentración de bilirrubina conjugada en la sangre.

- Disminución en la concentración de colesterol total y sobre todo, de sus ésteres en el suero.
- Alargamiento del tiempo de protrombina.
- Elevación de los niveles de transaminasas y dehidrogenasas.

¹⁹ Ibidem. p. 28.

2.- La forma mas grave se caracteriza:

a) Intensificación de los datos anteriores.

b) Por la adición de los siguientes datos:

- Hemorragias.
- Oliguria, edema y ascitis.
- Fiebre elevada.
- Disminución del tamaño del hígado.
- Hedor hepático.
- Datos de intoxicación amoniacal.
- Encefalopatías.

Características clínicas de insuficiencia hepática crónica puede comprender algunas o todas las manifestaciones.²⁰

- Deterioro del estado general.
- Ictericia.
- Alteraciones circulatorias.
- Fiebre.
- Hedor hepático.
- Alteraciones cutáneas.
- Trastornos endocrinos.
- Alteraciones en la coagulación.
- Ascitis y edema, así como el síndrome de hipertensión portal.

²⁰ Dr. Villalobos, Perez José. Inducción a la gastroenterología. P. 1946.

2.3.2 El Alcoholismo y su Concepto.

La organización mundial de la salud (OMS) lo define como “un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobado en su ambiente sociocultural a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir, un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, y hay alteración psicobiológica”.²¹

El alcoholismo mejor denominado como “síndrome de dependencia alcohólica, se caracteriza por los siguientes elementos: necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol, falta de habilidad para dejar de beber alcohol una vez que se ha comenzado, ocurrencia de síntomas después de abstinencia, tales como vómitos, sudor, temblores y ansiedad cuando se deja de beber, después de un periodo de consumo de alcohol en grandes cantidades, así como desarrollo de la tolerancia (necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida para sentirse “bien”).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables, después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos.

²¹ Zermeño, T. Emilio. Alcoholismo. Revista española. P. 1.

2.3.2.1 Factores de riesgo y etapas del alcoholismo.

2.3.3.1 Factores de riesgo en el alcoholismo:

En el consumo exagerado del alcohol ocasiona al bebedor problemas físicos, problemas de salud, mentales, laborales, familiares, económicos y sociales, emocionales, depresiones, violencia.

Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos, suicidios) son los que ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países.

Los alcohólicos corren un riesgo mayor relacionado con el tabaco, como cardiopatías, cáncer, enfermedad hepática crónica, cirrosis hepática, diabetes, mal nutrición, anemia aguda, daño cerebral permanente, severa confusión, pérdida de la memoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia pulmonar, a veces mental y muerte.

En las mujeres, beber es una forma de escape ante situaciones extremas, como conflictos emocionales con sus parejas, con sus hijos, las presiones de tipo laboral, problemas económicos o sentimientos de soledad, madres solteras, angustia y empiezan a beber entre los 25 y 30 años. Además el organismo de las mujeres es mas sensible que el de los hombres.²²

Los factores de riesgo como consecuencia del alcoholismo es alarmante, pues cerca de 200,000 muertes al año son atribuidas a las bebidas alcohólicas. En las bibliografías consultadas, se dice que las personas que solo toman de 2 a 4 bebidas a la semana, presentan las tasas de mortalidad mas bajas, comparadas con las no bebedoras y los bebedores empedernidos y que el beber 2 o mas bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de muerte en un 50% y se reduce el promedio de vida de 10 a 12 años. Entre mas temprano una persona empiece a beber de manera exagerada, mayor es el riesgo que corre de contraer enfermedades serias mas adelante, como la disfunción hepática.

El alcoholismo puede matar de muchas maneras diferentes y con una sobredosis de alcohol, puede morir la persona porque el alcohol es una droga.

A este fenómeno de patología social debe analizársele no solo desde una perspectiva orgánica, sino también sociocultural. Una cosa es lo que se desea y otra muy diferente lo que se puede hacer, pues las actuales condiciones de

²² Ibidem. p. 6.

trabajo, que conllevan bajos salarios, mayores requerimientos de tiempo, movilidad en el puesto, menores prestaciones y gran incertidumbre en la conservación del empleo, son los que llevan a los padres de familia a buscar otra fuente de ingresos, aunque amplíe su jornada de trabajo. De este modo, los padres tienen que decidir entre un mejor ingreso o mayor tiempo para la familia y con las presiones económicas, en su tiempo libre se dedican a ingerir bebidas alcohólicas como escape a sus situaciones económicas y la falta de información sobre los daños que ocasiona el alcohol. Inicia con una enfermedad silenciosa que va dañando al hígado ocasionándole una insuficiencia hepática progresiva, que lo llevará a la muerte, si no se controla a tiempo o teniendo como secuela cirrosis hepática crónica alcohólica.

En fechas pasadas era trastorno exclusivo de varones pero los cambios de las costumbres actualmente, son igualmente susceptibles las mujeres y además, esta enfermedad no ocurre de manera predominante en las filas de desempleados de la sociedad, sino a todos los niveles y estadísticas recientes señalan una frecuencia máxima entre profesionales. La cirrosis hepática post-etílica es un factor de riesgo para adquirir la hepatitis C, por ser sujetos politransfundidos y por tanto, portadores de factores de riesgo para adquirirla.²³

²³ Ibidem. p. 45.

2.3.2.2 Etapas del alcoholismo.

Las seis etapas clásicas del etilismo agudo de Bogen.

Primera etapa. Subclínica; (1 mg. de alcohol por cm^3 de sangre). No hay alteración, solamente exaltación de las funciones intelectuales; el individuo se siente eufórico, con bienestar general, alegre, le brillan los ojos, la piel esta caliente y húmeda, pulso rápido, fuerza física aumentada, se cree capaz de realizar grandes proezas y afrontar grandes peligros. La excitación genital se despierta, el mas reservado o tímido se vuelve galante o atrevido.

Segunda etapa. De estimulación; (1.5 mg. de alcohol por cm^3 de sangre). Es una exaltación de la primera; se encolerizan por cualquier cosa, discuten y en ocasiones se entregan a la violencia, otras lloran por insignificancias y hablan de fracasos y traiciones.

Tercera etapa. de Confusión. (2 a 3 mg. de alcohol por cm^3 de sangre). Las facultades intelectuales se pierden paulatinamente; hay pérdida de control de las ideas y en ocasiones amnesia. El lenguajes declamatorio y de tonalidad ridícula; el individuo es a veces inmoral; el control del aparato motor se pierde, por lo cual, la marcha se hace zigzagueante, con sensación de vértigo; el aparato motor del ojo no funciona bien (diplonia); en el oído hay zumbidos, sordera, por lo cual el individuo grita; se pierde la noción del tiempo y del espacio; en esta etapa puede ser el inicio del daño hepático si se repite cada semana o diario.

Cuarta etapa: de Atontamiento. (3 a 4 mg. de alcohol por cm^3 de sangre). La desorientación es completa; un estado de inconciencia que lo lleva a cometer malas acciones y violencias; el lenguaje es incoherente y absurdo; la escritura es imposible, mirada vertiginosa, respiración y pulso muy acelerados.

Quinta etapa. de Coma. (4 a 5 mg. de alcohol por cm^3 de sangre). Se caracteriza porque el sujeto entra en un estado comatoso; la respiración es difícil, arrítmica primero, los reflejos están disminuidos, sudores profusos, músculos relajados.

El pulso es pequeño y retardado; hay hipotermia. La continuidad y frecuencia de ingestión del alcohol, provoca disfunción hepática.

Sexta etapa de muerte. (6 mg de alcohol por cm^3 de sangre). La muerte puede sobrevenir con mayor frecuencia si el sujeto esta expuesto al frío, debido a asfíxia por congestión pulmonar, si se tiene cirrosis hepática crónica y por el abuso del alcohol.²⁴

²⁴ Ibidem. p. 2,3.

2.4 Cirrosis hepática.

En Estados Unidos y en México, la cirrosis hepática en fecha reciente ha presentado aumento atemorizante en su frecuencia de esta patología y es causa de muerte en individuos. Las edades comprendidas entre los 25 y los 60 años, constituyen la segunda causa de muerte y principalmente la cirrosis alcohólica.

En el pasado, esta forma de cirrosis recibía los nombres de cirrosis de Laennec, portal o nutricional; algunos autores sencillamente le llaman "cirrosis alcohólica".²⁵

La cirrosis hepática se clasifica de acuerdo a varios criterios de diferentes autores como mixtos, etiológicos. Se clasifican en:

- | | |
|--|-----|
| 1.- Cirrosis concomitante, con uso excesivo de alcohol
(Laennec, alcohólica y nutricional) | 50% |
| 2.- Cicatrización postnecrótica, hay bandas de tejido cicatrizal
como resultado de hepatitis aguda por virus. (postviral) | 15% |
| 3.- Cirrosis biliar (primaria y secundaria). | 10% |
| 4.- Cirrosis concomitante con hemocromatosis (cirrosis pig-
mentaria o biliar). | 5% |
| 5.- Tipos determinados y diversos, rara o no específica. | 20% |
| 6.- Cirrosis por enfermedad genética. | |
| 7.- Cirrosis química por daño tóxico. | |
| 8.- Cirrosis biliar (autoinmune). | |
| 9.- Galactosemia. | |
| 10.- Enfermedad de Wilson (metabólica) glucogénesis. | |
| 11.- Cirrosis infecciosa por hepatitis, sífilis congénita, infeccio-
nes parasitarias. | |
| 12.- Cardíaca. | |

Todas estas son clasificaciones de la cirrosis, según diferentes autores, pero nos enfocaremos en la cirrosis hepática alcohólica, pero antes se menciona la definición de cirrosis.

²⁵ L. Robbins. Patología básica. P. 563.

2.4.1 Concepto de Cirrosis Hepática.

Cirrosis: La cirrosis es una enfermedad degenerativa crónica del hígado, que causa su aumento en tamaño y posteriormente contracción, lo cual da como resultado la pérdida de su arquitectura y función normal.²⁶

Según la OMS, la cirrosis es una entidad anatómico-clínica que se caracteriza histológicamente por la existencia de necrosis hepatocelular, regeneración nodular y fibrosis difusa que conlleva una alteración del patrón lobulillar y vascular intrahepático, y que se expresa clínicamente con una sintomatología variada y característica.²⁷

Es la respuesta del hígado a la necrosis hepatocelular, de forma mantenida en el tiempo, meses o años, independientemente de la etiología de la necrosis. Cirrosis hepática, por lo tanto es una enfermedad crónica caracterizada por el endurecimiento del hígado y la degeneración de las células hepáticas o hepatocitos que conducen a la pérdida de las funciones normales del hígado.

2.4.2 Etiología de Cirrosis Hepática.

Las causas de la cirrosis son múltiples, como se mencionó anteriormente:

- Enfermedades autoinmunes.
- Saroidosis.
- Alcohol.
- Medicamentos (metrotexato, Amikacina, etc.).
- Exposición a tóxicos.
- Infecciones crónicas, hepatitis B y C y sífilis congénita.
- Colestasis hepática.
- Desordenes metabólicos (enfermedad de Wilson).

Las causas patológicas ocasionan un daño crónico e irreversible del parénquima hepático y consiste en fibrosis extensa, acompañada de la formación de nódulos de regeneración como consecuencia de la necrosis de hepatocitos, colapso de la red de soporte de reticulina con posterior depósito de

²⁶ Ibidem p. 564.

²⁷ Dr. Cifuentes Mimosa, Claudio. *Corrosión hepática*. Artículo, Sevilla España. P. 1

tejido conectivo de la distorsión del lecho vascular y de la regeneración nodular del parénquima hepático restante.

2.5 Cirrosis Hepática Alcohólica.

La cirrosis alcohólica: Conocida históricamente como cirrosis de Laennec, también portal o nutricional, grasa o alcohólica en el que el tejido cicatrizal de manera característica, rodea las zonas portales, y que depende con mayor frecuencia del alcoholismo crónico.²⁸

Se caracteriza por una cicatrización difusa y sutil, por la pérdida bastante homogénea de células hepáticas y por la aparición de nódulos de regeneración de pequeño tamaño, por lo cual se denomina a veces cirrosis micronodular (aunque la micronodular también puede deberse a otros tipos de lesión hepática), por lo tanto, cirrosis alcohólica y cirrosis micronodular no son necesariamente sinónimos. Por el contrario, la cirrosis alcohólica puede evolucionar a una cirrosis macronodular, con el paso del tiempo.

La cirrosis hepática alcohólica, es una de las consecuencias que acarrea el consumo crónico de alcohol y aparece con frecuencia junto con otros tipos de lesión hepática inducida por el alcohol.

Tres principales lesiones hepáticas producidas por el alcohol, se denominan:

- 1.- Hígado graso alcohólico (esteatosis).
- 2.- Hepatitis alcohólica.
- 3.- Cirrosis alcohólica.

Estas categorías morfológicas son raras encontrarlas en un paciente determinado, pero se encuentran características propias de cada una de ellas.

2.5.1 Etiología de Cirrosis Hepática Alcohólica.

La causa mas frecuente es el alcoholismo crónico, aunque la cantidad de alcohol y la duración del consumo necesarios para producir cirrosis no están bien establecidas; pero algunos autores mencionan que depende de la susceptibilidad de cada individuo para producir daño hepático, sean desnutridos o sanos.

Popper y Orr(1970), han sugerido que el ingreso inferior a 80 ml. De etanol al día, rara vez origina daño hepático importante, en tanto que las cifras que

²⁸ Dr. Villalobos Perez, José. Introducción a la gastroenterología. P. 1936.

exceden de 160 ml. Facilitan la cirrosis.(Korsten y Cols., 1975), sugieren que el agente tóxico verdadero es el acetaldehído, metabolito inmediato de etanol.

El paciente alcohólico típico con cirrosis ha mantenido un consumo diario de mas de 600 ml. De Whisky, varios litros de vino o una cantidad equivalente de cerveza durante al menos 10 años, lo importante para determinar el daño hepático, es la cantidad de alcohol ingerida y el tiempo durante el que se mantuvo el consumo, más el modo de consumirla, algunos autores refieren que interviene también el tipo de bebidas.

Tienen mas predisposición, las mujeres que los hombres de padecer cirrosis hepática, por su menor nivel de actividad de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica, con la consiguiente disminución de la capacidad metabólica del etanos, también intervienen los mecanismos inmunitarios.²⁹

En los bebedores excesivos aparece hígado graso alcohólico, pero es reversible al interrumpir el consumo de alcohol, pero no se evita que se pueda producir hepatitis alcohólica o de cirrosis.

El principal precursor de la cirrosis es la hepatitis alcohólica, ésta es una lesión inflamatoria caracterizada por infiltración leucocitaria del hígado, necrosis de hepatocitos y presencia de hialina alcohólica.

La posterior cicatrización acompañada de fibrosis, distorsiona la estructura lobulillar normal, y el depósito de colágeno en los espacios perivenulares, es el inicio mas precoz de que se ha iniciado el proceso que conducirá a la cirrosis.³⁰

2.5.2 Fisiopatología de Cirrosis Hepática Alcohólica.

Generalidades anatomo fisiológicas del hígado.

El hígado es una glándula mixta que esta situada en el hipocondrio derecho, colocado debajo del diafragma por encima del estómago y de las asas del intestino delgado y su peso es de 1,500 Kg., de color rojo oscuro, consistencia blanda, de forma ovoide y muy vascularizado.

²⁹ Stanley, Robbins. Patología básica. P. 564-566.

³⁰ Dr. Villalobos. Op.Cit. p. 1936

Se divide en dos lóbulos principales: lóbulo derecho y lóbulo izquierdo. Y están constituidos por numerosas unidades funcionales llamadas lobulillos que son unidades funcionales del hígado.

Algunos autores dividen el lóbulo izquierdo y derecho como cuadrado o candelado, pero esta división no tiene importancia funcional ya que todas las partes del hígado funcionan como un órgano.

Las ramas de la vena porta y de las arterias hepáticas acompañada por el conducto biliar, están situadas junto al lobulillo hepático en el tejido conectivo Inter. Lobulillar.

La sangre procedente del tubo digestivo (vena porta), se mezcla con sangre recién oxigenada (arteria hepática, para escurrir por los sinusoides hacia la vena central del lobulillo; a su paso, la sangre nutre las células hepáticas (hepatocito) y estas extraen de ellas las sustancias alimenticias y lleva a cabo muchas acciones metabólicas.³¹

Funciones del Hígado.

El hígado desempeña otras funciones mas aparte de su secreción exocrina de bilis, como son:

- 1.- Resorción de las sales biliares de la sangre venosa portal después de haber servido en la digestión de las grasas. Estas sales se vuelven a emplear en la producción de nueva bilis.
- 2.- Conservación de los pigmentos portadores de hierro que resultan de la desintegración de eritrocitos viejos en el bazo. Como el hierro se absorbe poco de alimentos, es muy importante su conservación y almacenaje en el hígado hasta que se necesite para nuevos eritrocitos.
- 3.- Las proteínas del plasma sanguíneo, por ejemplo globulina y albúmina, se sintetizan a partir de aminoácidos.
- 4.- Los carbohidratos se almacenan por conversión de la glucosa sanguínea, disminuye por las necesidades de tejidos periféricos, el glucógeno es desdoblado y se libera la glucosa hacia la sangre (función endocrina).
- 5.- Almacena grasas de la sangre circulante que entran por medio de la arteria hepática, transforma el exceso de glucosa en grasa.

³¹ Quiroz Gutierrez. Anatomía humana, P- 31.

6.- Los productos de desecho dentro de la sangre pueden ser convertidos en una forma adecuada para su excreción por otros órganos, como el riñón, por ejemplo, es la formación de urea a partir de los desechos nitrogenados. Otras sustancias son combinadas con las sales biliares para su excreción por el sistema biliar.

7.- Elaboración o producción de la heparina, un anticoagulante y la mayoría de proteínas plasmáticas

8.- Desintoxicación por las células hepáticas. Cuando algunas sustancias tóxicas que pasan por la sangre desde el sistema digestivo o respiratorio, o procesos patológicos forman sustancias inocuas, el combinarlas con otros materiales y luego las excreta.

9.- Síntesis o el almacenaje de vitaminas y proteínas necesarias para la coagulación sanguínea, almacena glucógeno, cobre, hierro, vitaminas A, D, E, B12, y K.

10.- Forma las células sanguíneas durante el desarrollo embrionario.

11.- Formación de cuerpos cetónicos.

12.- Regulador del nivel de glucosa en sangre, pues un nivel bajo de glucosa en sangre causa la secreción de la noradrenalina y adrenalina, estimulando los nervios simpáticos y el páncreas para la secretar la hormona glucagón.³²

Fisiopatología de la cirrosis hepática alcohólica:

El proceso de una cirrosis hepática es primero, la inflamación del hígado, seguida por destrucción de los hepatocitos, regeneración celular anormal y obstrucción del funcionamiento de la glándula (el hígado funciona simplificadaamente, como un filtro a contracorriente, por otro lado, pasa la sangre llena de sustancias en un sentido y por otro lado, la sangre limpia de ellas en direcciones opuestas, quedando en medio una pared de células hepática).

Hígado Graso Alcohólico:

En los alcohólicos crónicos aparece hígado graso alcohólico en el cual, el hígado aparece aumentado de tamaño, amarillento, grasiento y duro. Los hepatocitos están distendidos por grandes vacuolas grasas macrovesiculares. En el citoplasma que rechazan el núcleo contra la membrana celular.

³² Ibidem. p. 392.

La acumulación de grasa en el hígado del alcohólico, se debe a una combinación del deterioro de la oxidación de ácidos grasos, aumento de la captación y esterificación de los ácidos grasos para formar triglicéridos y disminución de la biosíntesis y la secreción de lipoproteínas.

Hepatitis Alcohólica: Hay necrosis y degeneración de hepatocitos (aunque puede estar también presente estas características en la Diabetes Mellitus, obesidad, etc.). Si se mantiene la ingestión de alcohol y la destrucción de hepatocitos, aparece fibroblastos, en el punto de la lesión y estimulan la formación de colágeno y se deposita el colágeno alrededor de la vena centro lobulillar y en zona perisinusoidales denominado esclerosis hialina central y este es un riesgo elevado que progresa hacia la cirrosis porque se produce una red de tejido conectivo que rodea pequeños grupos de hepatocitos supervivientes, que se regeneran y forman nódulos.

La destrucción persistente de hepatocitos y la acumulación de colágeno determinan que el hígado se reduzca de tamaño, adquiera un aspecto nodular y se endurezca conforme se va desarrollando.

La Fase Final de la Cirrosis.

La cirrosis alcohólica es una enfermedad progresiva y mencionan los autores que el tratamiento adecuado y la abstinencia alcohólica absoluta puede detener la enfermedad y permite una mejoría funcional y si no está muy dañado el hígado.³³

2.5.3 Características Clínicas de Cirrosis Hepática Alcohólica.

Signos y síntomas: Las manifestaciones clínicas del hígado graso alcohólico son con frecuencia mínimas y el trastorno es inadvertido hasta que esta presente la enfermedad.

- Hepatomegalia con dolor a la palpación y se palpa duro y nodular.
- Ictericia en la enfermedad ya avanzada, hemólisis excesiva; hiperesplenismo, mecanismos inmunitarios o toxicidad del alcohol.
- Ascitis y edema (en casos mas graves).

³³ Dr. Villalobos, Perez. Op. Cit. P. 1937.

- Anorexia y malnutrición y por tanto, anemia.
- náuseas y vómito.
- Malestar general.
- Pérdida de peso, disminución de la masa muscular.
- Molestias abdominales.
- Fiebre en la mitad de los casos de 394.
- Esplenomegalia.
- Angiomas arteriales (venas en forma de araña en la piel).
- Hemorragias de tubo digestivo por várices esofagogástricas.
- Encefalopatía hepática.
- Alteraciones de la coagulación.
- Equimosis, petequias, hematomas.
- Epistaxis, gingivorragias.
- Debilidad creciente y astenia.
- Eritema palmar (manos enrojecidas).
- Aumento de tamaño de las glándulas parótidas y lagrimales.
- Acropaquias.
- Alteraciones endocrinas:
 En varones, presentan disminución del vello corporal,
 Ginecomastia y atrofia testicular (por exceso de estrógenos
 Circulantes).
- Trastornos en el metabolismo hormonal.
- Diuresis oscuras.
- Diarreas sanguinolentas o negras (melena).
- Disminución de la libido.
- La ginecomastia (influida por la espironelactona).
- En mujeres, trastornos en ciclo menstrual.
- Cuadros infecciosos, favorecidos por la alteración de la inmunidad y los
 ingresos hospitalarios repetidos. La más frecuente: infección urinaria y
 peritonitis bacteriana espontánea (PBE), que es la más grave la bacteriemia
 espontánea.³⁴

³⁴ Ibidem p. 1937.

2.5.4 Complicaciones de Cirrosis Hepática Alcohólica.

La abstinencia de etanol, junto con la atención médica precoz y adecuada, puede reducir la morbilidad a largo plazo y retrasar o impedir la aparición de ulteriores complicaciones.

Los pacientes que han presentado alguna complicación grave de la cirrosis y que siguen bebiendo tienen supervivencia a los cinco años inferior al 50% y los que se mantienen abstemios tienen un pronóstico mejor, pero en general el pronóstico es sombrío; pues la mayor parte de estos terminan falleciendo por insuficiencia hepática, de hemorragia masiva por varices esofágicas, de encefalopatía hepática grave de ambos trastornos a la vez, infecciones y la degeneración cancerosa de la cirrosis.³⁵

Complicaciones:

- Ascitis y edema.
- Encefalopatía hepática.
- Infecciones.
- Hemorragia de estomago o esófago.
- Anemia clínica.
- Cancer de hígado.
- Síndrome hepatorenal.
- Envenenamiento por residuos amoniacaes.
- Impotencia sexual.
- Hipertensión portal.
- Várices gastroesofágicas y esplenomegalia.
- Peritonitis bacteriana espontánea.

2.5.4.1 Exceso de Volumen Intra-peritoneal.

Ascitis:

Definición: La ascitis es la acumulación excesiva de líquido dentro de la cavidad peritoneal.³⁶

³⁵ Ibidem. p. 1938.

³⁶ Ibidem. P. 1946.

Se da con frecuencia en pacientes con cirrosis las hipertensión portal y puede acumularse muchos litros y causa distensión abdominal, este exceso de líquido corporal contiene sodio y agua, tiene solutos como glucosa, sodio y potasio.

La cirrosis provoca la insuficiencia de las células del parénquima. El hígado dañado es incapaz de formar la cantidad normal de albúmina, por lo cual disminuye su nivel de sangre.

Signos y Síntomas del Cuadro Clínico de Ascitis.

Aumento del perímetro abdominal y hay distensión abdominal acumulación excesiva de líquido produce dificultad respiratoria por elevación del diafragma cuando el volumen de líquido acumulado supera los 500 ml.

El riesgo o la complicación de ascitis es una peritonitis bacteriana espontánea con fiebre brusca con escalofríos y dolor abdominal difuso con signo de rebote con líquido ascítico turbio con leucocitos elevado. Puede presentar hernias abdominales, edema escrotal, edema de miembros inferiores o derrame pleural. Anorexia: la piel que cubre el abdomen distendido esta estirada y brillante, por El edema de los tejidos cuando está en tensión y hay disnea.

2.5.5 Tratamiento de la Cirrosis Hepática Alcohólica.

El tratamiento específico se orienta a determinadas complicaciones como la hemorragia por várices y la ascitis.

Administración de prednisona o prednisolona en pacientes con hepatitis alcohólica grave con encefalopatía, aunque algunos autores recomiendan este tratamiento como reservado, colchicina (0.6 mg., 2 veces al día por v.o.), lentifica la progresión de la enfermedad y prolonga la supervivencia, inhibe la formación de microtúbulos y favorece la producción de la colágena. Dieta con 1 gr. De proteínas por Kg. De peso corporal, baja en sodio con aporte calórico de 8,500 a 12,500 Kcal (2,000 a 3,000 Kcal.) al día. Algunos autores recomiendan rica en proteínas (75 Kg. De proteínas de alta calidad al día), pobre en grasas y sodio (200-1,000 mg. por día) con vitaminas y ácido fólico. Dieta hepatopata enriquecidas con aminoácidos ramificados en pacientes con predisposición o encefalopatía.

Solución glucosada al 5% con suplemento multivitamínico (MVI) cada 8 Hrs. con dosis altas de tiamina.

Animarlo a que se integre en un programa adecuado de tratamiento

antialcohólico y suspender el alcohol. Todos los medicamentos deben administrarse con precaución en los pacientes con cirrosis especialmente los que se eliminan a través del metabolismo hepático o de la excreción biliar.

Las proteínas facilitan la regeneración celular. Las grasas no son bien toleradas por el paciente con daño hepático porque el hígado no produce bilis necesaria para su digestión.

La disminución de sodio contribuye a la prevención de retención de líquidos. Las vitaminas y el ácido fólico son necesarios para la curación y para la reposición de productos que no son producidos por el hígado.

Si tiene náuseas o vómito, aplicar difenhidramina (benadryl) o dimexhidrinato (Dramamina) son los menos tóxicos al hígado.³⁷

- Reposo, hierro, antibióticos.
- Enemas evacuantes con lactulosa y neomicina 1mg.

En el tratamiento de la ascitis y edema.

- Reposo en cama absoluto porque la posición supina mejora la depuración renal.
- Control de líquidos.
- Control de peso diario.
- Ingestión diaria de líquido restringido a 500-1,000 ml. Y de sodio 200-1,000 mg.

Si no responde a la dieta restringiéndole sodio y hay mucha retención de líquidos por el sodio y no disminuye el volumen de la ascitis dentro de cuatro a cinco días, iniciar tratamiento de terapia diurética.

Espironolactona (Aldactone) 300 mg. al día, aumentando la dosis hasta 1,000 mg. por día. Es diurético y antihipertensivo antagonista de la aldosterona nivel del túbulo renal y hay intercambio sodio-potasio. Dosis inicial de espironolactona 25 mg. 4 veces al día y se aumentará 100 mg. diarios raramente supera los 400 mg. por día.

Furosemida (lasix) o hidroclorotiazida. Cuando no se estimula la diuresis, este diurético que es mas potente de 40-80 mg. diarios.

Dieta hiposódica, 800 mg. de sodio (2 gr de NaCl).

Albumina humana, 1 fco. Cada 12 hrs. I.V.

Paracentesis de 1 a 2 litros, cuando hay dificultad respiratoria o rotura inminente de una hernia umbilical.

³⁷ Ibidem. p. 1948.

Perímetro abdominal diario.³⁸

El tratamiento de los diuréticos es con suma cautela para no agotar el volumen plasmático o producir hiperzoemia e hipopotasemia que pueden ser causa de encefalopatía.

Antibióticos como es la cefotaxima 1 gr. I.V. cada 8 hrs. (antibiótico de amplio espectro).

Ciprofoxacina 750 mg. cada 8 hrs.

Paracentesis: Se realiza solo en pacientes con ascitis cuando el gran volumen de líquido ascítico afecta la respiración, causa malestar abdominal, constituye una amenaza de ruptura de una hernia umbilical o con fines diagnósticos.

Es solo un método temporario de eliminación del líquido ascítico, pero este tiende a reaccumularse.

El paciente debe orinar antes de la inserción del trocar, para evitar la punción de la vejiga, luego, debe sentarse en el borde de la cama con sus pies firmemente apoyados en el banco de altura, algunos pacientes no toleran estar sentados y por lo tanto de preferencia, se coloca en posición de Fowler. El área abdominal se prepara con isodine, asepsia y antisepsia de la región y se realiza una incisión por debajo del ombligo y se inserta el trocar o un punzocath de alto calibre como el # 22, se retira la guía de metal y la cánula de plástico del trocar se conecta a un equipo de venoclisis o a un tubo de drenaje, luego se extrae el líquido ascítico por vacío o por gravedad, directamente a un frasco de solución graduado o un frasco de aspiración.

El líquido debe ser extraído durante 30 a 90 min. Para evitar cambios bruscos en la presión sanguínea que pueden llevar a un síncope. La extracción de demasiado líquido puede causar hipovolemia.

Este líquido es rico en proteínas y electrolitos y puede producir una depleción en estos elementos vitales.

El paciente debe ser controlado para detectar signos de hipovolemia y desequilibrio electrolítico posterior a la extracción y retiro de cateter se coloca una gasa y un vendaje abdominal y observar continuamente el sitio de inserción para detectar hemorragias y pérdidas.

El tratamiento de pacientes con várices esofágicas, como complicación de la cirrosis por alteraciones en la estructura del sistema venoso portal, causan un aumento de la presión dentro de la vena porta y de sus ramas (hipertensión portal). La presión normal es de 7 a 14 mm/Hg. Y se considera que existe

³⁸ Ibidem. p. 1948.

hipertensión portal cuando es el valor superior a 20-22 mm/Hg. Y causa una hemorragia de várices esofágicas porque se rompen las várices por el aumento de la presión venosa abdominal o cualquier aumento de presión abdominal, general, tos, estornudos, vómitos o la maniobra de valsalva. Esta ruptura de varice esofágica es una emergencia médica y se deben:

- Mantener las vías aéreas permeables mientras se intenta controlar la hemorragia de las várices y en su defecto intubación.
- Colocación de sonda Sengstakeo Blakemore y Liton.
- Toma de muestras de cruce para transfusión sanguínea.
- Ministración de vasopresina causa la vasoconstricción de las arterias que a su vez disminuye el flujo y la presión venosa portal pero es temporal.
- Vasopresina y nitroglicerina reduce los efectos indeseables de vaso constrictor.
- Somastotatina 250 mg. en bolo I. V. y posteriormente perfusión que provoca vasoconstricción.
- Tratamiento endoscópico por medio de la escleroterapia (polidocanol) un 90 a 95%. Tiene ventaja en detener la hemorragia activa y previene la recurrencia o con ligadura con bandas elásticas.
- Estabilización hemodinámica.
- Enemas evacuantes cada 8 hrs. con lactulosa. (la lactulosa acidifica el medio dificultando la absorción del amoniaco).
- Evitar la cefalopata hepática, eliminando o tratar los factores desencadenantes.
- Cianocrilato I. V. cada 8 hrs.
- Disminuir la concentración de amoniaco (y otras toxinas) reduciendo la absorción de proteínas y productos nitrogenados en el intestino.
- Cuando hay hemorragia de tubo digestivo se debe evacuar rápidamente la sangre por medio de enemas y laxantes para reducir la carga nitrigenada.
- La encefalopatía crónica puede controlarse eficazmente administrando: Lactulosa. Dosis 30 a 50 ml. Cada hora hasta producir diarrea. Posteriormente se ajusta la dosis 15 a 30 ml. Cada 8 hrs.
- Restricción de proteínas en la dieta, 40 gr. Diarios.
- Neomicina 0.5 a 1.0 gr. Cada 6 hrs V.O. (no debe de ser su uso prolongado pues produce toxicidad renal).³⁹
- Exámenes de laboratorio y gabinete que se utilizan: BH, QS, Tp, Tpt, enzimas, biopsia hepática, endoscopia; proteínas, albúmina, esofagoscopia, angiografía, hepatogramagrama, tomografía axial, parasentesis (cultivo), pruebas de disfunción hepática.

³⁹ Ibidem. p 1651.

2.5.6 Prevención de la Cirrosis Hepática Alcohólica.

- En los pacientes con cirrosis hepática alcohólica, suspender en su totalidad la ingestión de bebidas alcohólicas para prevenir un daño hepático mayor.
- Asistencia a un centro de apoyo individual y familiar a una asociación de alcohólicos anónimos, neuróticos, etc.
- Terapia dietética en pacientes de cirrosis para evitar complicaciones como la desnutrición y la anemia.
- No abusar del alcohol.
- Medicamento de elección para evitar cirrosis hepática alcohólica.
- Metasin de la 2 tabletas antes de la primera copa. De 1 a 2 tabletas a la mañana siguiente. Presentación: Tabletas de 500 mg., ampolletas de 300 mg.

Metasin (metadoxina), está indicado como coadyuvante en el tratamiento de las alteraciones metabólicas y estructurales del hígado, consiguientes a la intoxicación aguda y crónica por alcohol, en particular la degeneración grasa del hígado y la hepatitis alcohólica, también esta indicado para completar el esquema terapéutica para la supresión inicial y para el mantenimiento en abstinencia de los individuos alcohólicos.

Contraindicaciones: Esta contraindicada en aquellos pacientes que presenten hipersensibilidad a este fármaco o cualquiera de los componentes de la fórmula. No administrar en el embarazo y lactancia, porque el producto contiene metabisulfito de sodio que hay una posibilidad de reacciones alérgicas (broncoespasmo), en pacientes susceptibles, en asmáticos, pero hasta la fecha no se ha reportado alguna alteración o reacción durante el embarazo, sin embargo, su uso durante el embarazo y lactancia queda a criterio médico.

Reacciones secundarias adversas. Ninguna a la fecha, pero ocasionalmente como cualquier medicamento trastornos gastrointestinales, rash cutáneo.

Dosis y vía de administración: En la intoxicación aguda por alcohol, Metasin se administra 1 tableta de 500 mg. cada 12 hrs. durante 3 días. En la intoxicación crónica por alcohol en donde hay hepatopatías degenerativas como hígado graso o cirrosis. La administración es 500 mg., 1 tableta cada 12 hrs. durante 30 días como mínimo y hasta 90 días en función de este estado del paciente. En la interrupción brusca del alcohol 1 tableta de 500 mg. cada 12 hrs. durante 1 año.

En el bebedor social para prevenir el daño ocasionado por el alcohol y su

metabolitos se recomienda de 1 a 2 tabletas de 500 mg. antes de beber alcohol y de 1 a 2 tabletas de 500 mg. a la mañana siguiente, para disminuir los niveles sanguíneos de alcohol y acetaldehído, acelerando su eliminación.

Es importante recomendar al paciente que beba con moderación y se alimente adecuadamente.⁴⁰

2.6 Necesidades del Paciente en la Disfunción Hepática según los Diagnósticos de la NANDA.

Las necesidades identificadas del paciente en el momento de ingresar al servicio de urgencias con un diagnóstico de enfermería de un paciente adulto maduro con exceso de volumen de líquido intraperitoneal por disfunción hepática alcohólica.

2.6.1 Necesidad de eliminar desechos corporales. (ascitis a tensión)

-Exceso de volumen de líquido intraperitoneal y edema de miembros inferiores. Exceso de líquidos. Estado en que un individuo experimenta o está en riesgo de experimentar una sobrecarga de líquidos intracelular o intersticial.

Ascitis: Es la presencia de una cantidad excesiva de líquido en la cavidad peritoneal, es causada por disfunción hepática, la cirrosis provoca la insuficiencia de las células del parénquima. En el caso de un paciente con cirrosis, el líquido deja el plasma y pasa a la cavidad peritoneal causando ascitis. El líquido también se acumula en las áreas dependientes como los tobillos y la zona presacra.

El aumento de la renina, angiotensina, aldosterona y estimulación del ADH (hormona antidiurética), llevan a la retención de sodio y agua, aumentando la cantidad de líquido ascítico y el edema.⁴¹

⁴⁰ Calabrese Absorción, metabolismo y eliminación cinética del etanol (metadozina), P. 5:44,49.

⁴¹ Beare-Myers. Enfermería, principios y práctica. p. 1439.

2.6.2 Necesidad de Oxigenación (respirar). Incapacidad para mantener la ventilación espontánea, necesidad de oxigenación (disnea, polipnea, cianosis leve).

- Respiración ineficaz, relacionada con el exceso de líquido intraperitoneal tensión con la menor expansión pulmonar, disminución de la energía y fatiga, presenta distensión y malestar abdominal y hay dificultad respiratoria por elevación del diafragma.
- Alteración de la función respiratoria. Estado en el que un individuo
- presenta o tiene riesgo de experimentar dificultad al paso del aire a través del aparato respiratorio y al intercambio de gases (oxígeno y bióxido de carbono entre los pulmones).
- Cuando el paciente permanece en cama demasiado tiempo y en la misma posición, su problema se agudiza por la distensión abdominal, por su ascitis que comprime el tórax y se ejerce presión sobre el diafragma y se limita la expansión torácica, lo cual el paciente experimenta disnea y existe interferencia en el intercambio de CO₂ y O₂ que lleva a la hipoxia.
- Presenta sofocación, angustia inquieta, por la falta de aire con cambio en la coloración de la piel, cianosis peribucal y de uñas leve.

2.6.3 Necesidad de Descansar, de Dormir Adecuadamente. Dolor crónico, ansiedad, miedo o temor.

Dolor: Estado en el que un individuo experimenta y se queja de una molestia grave o una sensación desagradable.

Dolor crónico: Estado en el que un individuo experimenta un dolor que es persistente o intermitente y dura más de 6 meses.⁴²

El paciente presenta dolor, relacionado con el prurito secundario a los efectos sistémicos de la acumulación de sales biliares.

Presenta dolor abdominal por la retención excesiva de líquido intraperitoneal a tensión. También refiere dolor por distensión (globo) vesical.

⁴²García González Ma. de Jesús Op.Cit. p324.

Ansiedad: Estado en el que el individuo experimenta un sentimiento de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

Presenta el individuo ansiedad, sobre excitado, miedo de consecuencias inespecíficas, expresión de preocupación con referencia a los cambios en los acontecimientos vitales, preocupado, ansioso por su estado de salud. Ansiedad relacionada con la incertidumbre del pronóstico, los múltiples procesos diagnósticos y el régimen de tratamiento.

Miedo: Estado en que un individuo experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que la persona percibe como peligrosa.

El paciente se observa manos temblorosas con temor a la expectativa de lo que le van a ser miedo a morir.

2.6.4 Necesidad de Eliminar Desechos Corporales.

- Alteración de la eliminación urinaria.
- Retención urinaria.
- Incapacidad para miccionar.

La retención urinaria: Es un estado en el cual el individuo experimenta una incapacidad crónica para orinar, seguida de una micción involuntaria (incontinencia por rebosamiento).

Retención urinaria: Estado en que la persona experimenta un vaciado incompleto de la vejiga.⁴³

Las características son disuria, retención urinaria, urgencia para miccionar por infección del tracto urinario y presión uretral alta y con dolor abdominal por distensión por globo vesical.

2.6.5 Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

- Intolerancia a la Actividad (adinámico).
- Fatiga (asténico).

Intolerancia a la actividad: Hay una reducción en la capacidad del individuo para realizar actividades hasta el grado deseado o requerido.

⁴³ Ugalde, Mercedes. Diagnóstico de enfermería, taxonomía, NANDA. P. 237.

El individuo carece de energía física o psíquica suficiente para acabar o llevar a cabo sus actividades cotidianas como es el de trabajar, refiere que se cansa mucho y le aumenta la frecuencia cardíaca y se siente débil, molesto y disnea de esfuerzo.

Fatiga: Estado subjetivo en el que el individuo experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental que no se alivia con el descanso.

Percibe el paciente falta de energía, se cansa fácilmente y no trabaja, irritabilidad emocional por esa causa, disminución de la libido, apático, se siente cansado, fatigado cuando le aumenta el perímetro abdominal, se encuentra asténico, adinámico.

2.6.6 Necesidad de Nutrición e Hidratación.

- Alteración de la nutrición por defecto.
- Anemia, desnutrición, pálido, anorexia.

Alteración de la nutrición: En el paciente con cirrosis hepática, su nutrición es inferior a los requerimientos del organismo, relacionada con una ingesta insuficiente asociada con náuseas, vómito y anorexia, malos hábitos dietéticos y alteración del metabolismo hepático de los nutrientes.

Alteración de la nutrición por defecto: Estado en que el individuo que no está a dieta absoluta experimenta o está en riesgo de experimentar una reducción de peso en relación a una inadecuada ingesta de nutrientes.⁴⁴

El paciente con cirrosis presenta deficiencia de vitaminas A, Complejo B, D y K.

Las vitaminas liposolubles (A, D y K) requieren la presencia de sales biliares para ser absorbidas en el tracto gastrointestinal, por lo tanto, un hígado dañado no forma bilis y no se absorben las vitaminas liposolubles, ya que en su estado normal, el hígado también almacena muchas vitaminas incluyendo las del complejo B. Produce varios factores de coagulación (fibrinógeno, protrombina, y factores VII, IX, y X), la vitamina K que es esencial para la síntesis de protrombina y factores de coagulación VII, IX y X, lo cual el hígado

⁴⁴ García Gonzalez, Ma. de Jesús. Op.Cit.,p.45.

cirrótico es incapaz de absorber vitamina K, o producir los factores de la coagulación, por lo tanto provoca tendencia a las hemorragias.

El paciente puede sangrar por encías cuando se cepille los dientes o por nariz al estornudar o sonarse la nariz, provocando epistaxis, por algún golpe formarse hematomas fácilmente o presentar hematuria y así provocar una anemia al paso de los meses y con una dieta inadecuada.⁴⁵

Anemia: El alcohol es tóxico para la médula ósea, de manera que la producción normal de eritrocitos se altera.

El bazo se agranda a causa de la hipertensión portal; no funciona en forma apropiada y no produce un número adecuado de plaquetas. Como el paciente tiene várices esofágicas puede perder una cantidad abundante de sangre a través de su ruptura y ocasionando una anemia posterior al sangrado; y se manifiesta por palidez púrpura, leucopenia y trombocitopenia.

Por lo tanto, el hígado pierde su función fagocítica; esto, junto con la leucopenia, favorece a que el paciente sea menos resistente a las infecciones.

El paciente tiene de hemoglobina 5.2 gr/dl. y tiene la necesidad de transfusión sanguínea.

En los individuos de cirrosis hepática alcohólica presentan pérdida de masa muscular por lo consiguiente una disminución de la ingesta de proteínas, pérdida de peso por la deficiencia nutricional, especialmente. Este paciente presenta desnutrición de segundo grado, porque la pérdida de peso es de 25 a 35% del normal, los adultos presentan alteraciones orgánicas y funcionales que les permiten únicamente un trabajo sedentario de calidad inferior.⁴⁶

2.6.7 Necesidad de Conservar la Integridad de la Piel.

Alto riesgo de infección.

- Anemia y desnutrición.
- Retención de líquidos (edema en tobillos).
- Retención de líquido peritoneal (ascitis).

Deterioro de la integridad Cutánea.

- Prurito intenso.
- Ictericia en piel y mucosa ocular leve
- Edema en tobillos.

⁴⁵ Beare/Myers. *Op.Cit.*, p. 1437

⁴⁶ William, Boyd. *Introducción al estudio de las enfermedades*, P. 405.

La piel esta formada por tres capas principales: La epidermis, la dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis.

En el individuo de cirrosis hepática alcohólica tiene alto riesgo de infección por la desnutrición proteica y por presentar edema en tobillos y por lo tanto, la falta de circulación correcta, así como la deficiente higiene de piel y el manejo de desecho, sin la protección adecuada, así como la ascitis, se puede complicar con una peritonitis bacteriana, la piel que cubre el abdomen distendido a tensión (está estirada y brillante), por el edema de los tejidos y es importante protegerlos posterior a la paracentesis.

Alto Riesgo de Infección: Estado en el que un individuo está en riesgo de ser invadido por agentes oportunistas o patógenos (virus, hongos, bacterias, protozoos y otros parásitos) de origen: endógeno o exógeno.⁴⁷

Deterioro de la integridad cutánea: Estado en el cual el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en el tejido epidérmico o dérmico.

En este tipo de pacientes, la circulación esta alterada y por la ascitis presenta alteración en la turgencia (cambios en la elasticidad) y por la necesidad de extraer el líquido peritoneal, la piel abdominal no esta intacta.

Los factores que afectan la piel es el manejo de desechos sin protección adecuada en la paracentesis por que puede producir secreción en el sitio de punción y permitir la entrada de los microorganismos.

La epidermis tiene 5 capas: el estrato corneo, lucido, granuloso, espinoso y el germinado. La dermis esta constituida por tejido conjuntivo que contiene: vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que perciben el prurito, el dolor, la temperatura y son sensibles al tacto, nervios motores, glándulas sebáceas y sudoríparas.

La hipodermis o tejido subcutáneo esta bajo la dermis constituido por tejido conjuntivo que almacena grasa y funciona como cojín.

El paciente con disfunción hepática alcohólica esta icterico y tiene prurito en la piel, ocasionando por la acumulación de sales biliares. La piel esta deshidratada y suele observarse lesiones cutáneas, su distensión abdominal, el edema ponen el riesgo de deterioro de la integración cutánea y en el paciente que tiene fibrosis se observan angiomas estrellados (son nevos, aracnoideo, telangiectasia o araña vascular) y eritema palmar (enrojecimiento de las palmas de las manos que se blanquea con la presión, por aumento de los estrógenos).

⁴⁷ Ibidem. p. 231,329.

2.6.8 Necesidad de Aprender:

- Déficit de conocimiento de su salud y enfermedad.
- Alteración de la adaptabilidad.
- Poca autoestima crónica.

Déficit de conocimiento sobre la salud o enfermedad: Estado en que un individuo o grupo experimenta una deficiencia en el área cognitiva con respecto a su salud o enfermedad.⁴⁸

El desconocimiento sobre el cuidado de la salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad; pues el paciente tiene múltiples ingresos al servicio de urgencias porque se presentó en un estado avanzado de su enfermedad, complicándose la disfunción hepática con cirrosis hepática crónica con ascitis.

El paciente de disfunción hepática tiene déficit de conocimiento: régimen de tratamiento, relacionado con la alteración cognoscitiva o posible falta de motivación para cambiar el estilo de vida previo, pues continua con bebidas alcohólicas.

Alteración de la adaptabilidad: Estado en el cual una persona tiene dificultad para modificar su estilo de vida, comportamiento, a una forma acorde con un cambio en el estado de salud.

El paciente alcohólico crónico tiene problemas para dejar de beber pues es una enfermedad el alcoholismo y es dependiente a él y por ignorancia continua ingiriendo bebidas alcohólicas pues refiere sentirse mejor cuando toma desconociendo el daño que causa a su hígado.⁴⁹

Tiene poca autoestima crónica, relacionada con el desconocimiento de la etiología.

⁴⁸ Garcia Gonzalez, Ma. de Jesús. *Op. Cit.* p. 327.

⁴⁹ *Ibidem.* *Op. Cit.* p. 231, 329.

2.7 Intervenciones de Enfermería en la disfunción hepática alcohólica, con exceso de volumen de líquido intraperitoneal de acuerdo a sus necesidades.

2.7.1 Necesidad de eliminar desechos corporales.

Exceso de volumen de líquido intraperitoneal a tensión y edema de miembros inferiores.

Al realizar nuestro diagnóstico de enfermería y observamos al individuo que tiene disnea, taquipnea, aumento del perímetro abdominal, identificamos que tiene un patrón respiratorio ineficaz relacionado con el acúmulo de líquido ascítico.

La intervención de enfermería son:

- Reposo en cama.
- Control de la frecuencia y patrón respiratorio.
- Observamos que existe respiración diafragmática y lo colocamos en posición semisentado (semifowler).
- Colocación de mascarilla con oxígeno.
- Colaborar en la evacuación del líquido ascítico (paracentesis) previa diuresis o colocación de sonda foley para evitar la punción de la vejiga.
- Durante la paracentesis, tomar signos vitales.
- Vigilancia estrecha para detectar signos de hipovolemia y desequilibrio electrolítico o síncope.
- Control de líquidos, restringir la sal de la alimentación, control de diuresis.
- Vigilancia estrecha de no pasarse de la extracción de líquido ascítico indicado.
- Colocar vendaje en el sitio de inserción y detectar hemorragia.
- Si continúa el edema posterior a la paracentesis, ministración de medicamentos diuréticos, plasma y observar la respuesta a la medicación y de efectos secundarios.
- En el edema de miembros inferiores colocar vendaje.
- Control de peso 2 veces al día, posteriormente cada 24 a 48 hrs. para

- valorar la acumulación de líquidos.
- Medir el perímetro abdominal 1 vez por turno posteriormente cada 24 hrs.
- Vigilar aparición de sangre en orina o en heces por el riesgo de hemorragia secundaria al déficit de protrombina.
- Evaluar la retención de líquidos y la ascitis observando si existe edema presacro, tobillos o áreas periféricas.

2.7.2 Necesidad de Oxigenación.

- Incapacidad para mantener la ventilación espontánea (disnea, polipnea, cianosis leve).
- Reposo en cama.
- Posición semifowler, mantener las vías aéreas permeables, aspirando exceso de líquidos o secreción.
- Ministración de O2 con mascarilla a 3 lts. x verificando las órdenes médicas.
- Tomar signos vitales frecuencia respiratoria pulso tensión arterial y temperatura.
- Valorar principalmente la frecuencia y características de la respiración.
- Permanecer al lado del paciente hasta que se sienta tranquilo porque presenta impaciencia y temor a la asfixia.

2.7.3 Necesidades de Eliminar Desechos Corporales

Retención urinaria.

- Colocación de sonda foley para extraer la orina para evitar punción de la vejiga antes de la paracentesis y disminuir el dolor provocado por el globo vesical
- Aseo cada 24 hrs. para evitar riesgo de infección en el meato urinario.
- Control de diuresis x turno.

2.7.4 Necesidad de Descansar de Dormir Adecuadamente.

Dolor crónico.

Ansiedad, miedo o temor.

- Mantener el bienestar del paciente.

- Administrar analgésico indicado por el médico.
- Detectar efectos secundarios de los medicamentos por la incapacidad del hígado dañado para metabolizar y desintoxicar los medicamentos, pues los fármacos pueden alterar el estado mental neurológico y causar una evaluación falsa de encefalopatía hepática.
- Reposo en cama hasta que el paciente recupera sus fuerzas y su estado mejore.

2.7.5 Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura.

Intolerancia a la actividad.

Fatiga.

- Movilización del paciente frecuentemente con cambios de posición, con suavidad para evitar escaras.
- Mantener una buena postura del paciente.
- Enseñar al paciente y familiar la importancia de conservar la alineación anatómica y la movilización frecuente.
- Indicarle y asegurar que se mueva pasiva o activamente las principales articulaciones del cuerpo cuando menos una vez al día.
- Es necesario proteger al paciente de accidentes usando barandales en la camilla o cama, cojines y apoyo en los músculos debilitados.
- Evaluar la tolerancia del paciente a las actividades e identificar aquellas que lo fatigan.

2.7.6 Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Alteración de la nutrición por defecto.

Anemia, desnutrición, palidez, anorexia.

- Evitar ingerir alcohol.
- Verificar que su dieta esté bien balanceada o equilibrada, rica en calorías (2,500-3,000 cal/día) moderadamente rica en proteínas (75 grs proteína de alta calidad al día), pobre en grasas y sodio (200-1,000 mg/día), con el agregado de vitaminas y ácido fólico, dieta hepatopata.
- Restringir los líquidos en la ingestión de la dieta (500-1,000 ml) y sodio (200-1,000 mg.).⁵⁰
- Estimular al paciente a que ingiera sus alimentos y que se le presenten estos en forma agradable.

⁵⁰ Dr. Villalobos, Perez.Op,Cit. p. 140.

- Si se deteriora la condición mental o neurológica, la proteína de la dieta
- debe reducirse o incluso eliminarse totalmente.
- Explicar las restricciones dietéticas al paciente y su familia e insistir acerca del cumplimiento de estas restricciones.
- Control de peso.
- Vigilancia estrecha de alguna alteración durante la transfusión sanguínea y cuidado de la venoclisis.
- Realizar anotaciones en el proceso de atención de enfermería.
- Procurar la autoalimentación sin ayuda, para movilizar sus miembros superiores.

2.7.7 Necesidad de Conservar la Integridad de la Piel.

Alto riesgo de infección.

Anemia y desnutrición.

Edema

- Baño diario, lubricación de la piel para evitar infecciones.
- Lavado de manos antes de cada comida, para disminuir los microorganismos productores de enfermedad y después de cada evacuación o micción.
- Mantener la piel hidratada.
- Aconsejar al paciente que evite el rascado
- Ministrarse medicamentos indicados como antihistamínicos.
- Cortar las uñas.
- Tomar precauciones para evitar las infecciones y los problemas circulatorios que a menudo se producen en pacientes sometidos a reposo en cama y con edema.
- Ejercicios respiratorios. Se le indica que realice inspiraciones profundas y tosa con intervalos irregulares para prevenir una neumonía.
- Se rota al paciente por lo menos cada 2 hrs., quien debe moverse en la cama flexionando y extendiendo sus extremidades para prevenir al tromboflebitis.
- Ministración de vitamina K cada 24 hrs. por la deficiencia que presenta.
- Detectar la presencia de sangrado en orina o en heces o en cualquier nivel para evitar anemia.

- Cuidado de la boca dientes.
- Revisar las encías del paciente para detectar hemorragias y estimular el uso de cepillo de dientes, de cerdas suaves al cepillado de los dientes, pero si hay hemorragia gingival, se debe suspender el uso de cepillo de dientes y emplear hisopos de algodón, o esponja para la higiene oral.
- Curación en la región donde se realizó la paracentesis.
- Si desea afeitarse, debe usar afeitadora eléctrica para evitar escoriaciones.
- Vigilar y evaluar las heces y la emésis para detectar la presencia de sangrado como melena y el sangrado de tubo digestivo.
- No administrar aspirinas para el dolor, por sus efectos anticoagulantes.
- Indicar al individuo que no sople con energía por la nariz, ni tosa y que evite los esfuerzos al defecar, ya que estas acciones pueden causar hemorragia intensa.
- Si hay congestión nasal, usar gotas, nasales de solución salina.

- En ocasiones presenta diarrea, melena o constipación, administrar laxantes y enemas evacuantes cada 8 hrs. con lactulosa y neomicina.
- Tomar precauciones si se le administran medicamentos intramuscularmente, es recomendable emplear aguja de menor calibre, aplicar presión suave para prevenir el sangrado ya que una presión excesiva puede causar traumatismo en el tejido subyacente y hemorragia subcutánea.

2.7.8 Necesidad de Aprender.

Déficit de conocimiento de salud y enfermedad.

Alteración de la adaptabilidad.

Poca autoestima crónica.

- Terapia de apoyo individualizada para la prevención de las complicaciones de la cirrosis.
- Incluir a miembros de la familia en todas las enseñanzas, señalando la importancia del mantenimiento estricto del régimen del tratamiento.
- Estimular al individuo para que descanse y no se angustie, no poder caminar mucho de acuerdo a su tolerancia, serán sus actividades para

- identificar aquellas que lo fatigan.
- Apoyo emocional y psicológico al paciente y su familia, pues el diagnóstico de cirrosis y sus complicaciones causan temor y ansiedad.
- Educación y guía con respecto al tratamiento y posibles problemas e intervenciones al paciente y familia.
- Insistir al paciente, estimulándolo sobre la importancia de la abstinencia al alcohol, para evitar complicaciones tanto física como psíquicas.
- Canalizarlo a una asociación de alcohólicos anónimos.
- Canalizarlo a dietología.
- Elevar su autoestima.

3. Aplicación del Proceso.

La aplicación del proceso atención de enfermería, se llevó a cabo en el servicio de urgencias, de observación adultos, de estancia larga, así como la evaluación del proceso atención de enfermería y las intervenciones de enfermería mencionadas también se llevaron a cabo en el plan de alta, en la última semana de su hospitalización, con la colaboración de sus familiares para continuar en el hogar.

3.1 Presentación del caso. Etapa de valoración.

Nombre: M. V.M.

Edad: 45 años.

Sexo: Masculino.

Religión: Católica.

Escolaridad: Secundaria terminada.

Ocupación: Chofer.

Estado civil: Casado con 6 hijos.

Estado socioeconómico: Bajo, con alcoholismo crónico.

Individuo de 45 años de edad, que ingresa al servicio de urgencias, conciente, con facias de dolor agudo, angustiado, ansioso, con incapacidad para mantener la ventilación espontánea, disnea, polipneico, cianosis leve distal y peribucal,

tinte icterico leve de conjuntivas, palidez marcada ++, con exceso de volumen de liquido peritoneal, con ascitis a tension, refiere dolor abdominal y dificultad para orinar, lo cual se detecta la necesidad de eliminar desechos corporales, con globo vesical y la retención de líquidos. Se observa edema de miembros pélvicos inferiores++, asténico adinámico, refiere intolerancia a la actividad, con proceso del pensamiento alterado, pues refiere preocupación por su estado de salud, preguntando - ¿Qué me van a hacer?, me siento muy mal, me voy a curar, etc.- . Se detecta la necesidad de descansar, de dormir toda la noche por el dolor y la necesidad de respirar y de orinar; también tiene la necesidad de nutrición e hidratación, mucosas secas, brazos delgados, piel seca y refiere anorexia; no tiene apetito desde hace 3 meses y refiere evacuaciones melénicas en los últimos 15 días, pero no quería asistir al hospital; deterioro de la integridad cutánea, pues refiere prurito en piel, se observa eritema palmar y en los muslos atelectacia; se detecta la necesidad de aprender por alteración de la adaptabilidad al hospital y déficit del conocimiento de su salud y enfermedad y se observa poca autoestima, pues refiere que se lo merece, pero que esta arrepentido por ingerir exceso de alcohol; tiene múltiples ingresos al servicio de urgencia por complicaciones.

El paciente menciona que inició con bebidas alcohólicas desde la edad de 17 años y que tomaba pulque, alcohol, brandy, cerveza en grandes cantidades hasta llegar a la embriaguez cada semana.

Se casó muy joven y no continuó estudiando y se dedicó a trabajar de chofer, en una camioneta ("pesera"). Para satisfacer las necesidades de su hogar, que procreó seis hijos y que pertenece al Estado de México.

Refiere remordimiento, pues refiere que no se dedicó mucho a sus hijos, ya que trabajaba en la compañía A.D.O. en viajes foráneos y hacía viajes muy largos y por lo tanto no disfrutó a sus hijos pequeños, pero que tampoco los maltrataba y que ellos lo cuidan mucho y él a su vez los quiere mucho.

Diagnóstico médico al anterior ingreso del 16 de Nov. del 2001, C.H.A.N., hipertensión portal, S.T.D. activo.

Diagnóstico actual: cirrosis hepática por alcoholismo crónico de reingreso, probable derrame pleural derecho + infección vías urinarias y síndrome anémico severo.

Diagnóstico de enfermería: paciente adulto maduro con exceso de volumen de líquido intraperitoneal pos disfunción hepática alcohólica, anemia.

3.1.1 Historia Clínica Médica.

Nombre: M.V.M.

Cédula: 45-99-78-2728 4M58

Edad: 45 años

Se trata de paciente del sexo masculino de 45 años de edad con antecedentes de adicción a bebidas alcohólicas desde los 17 años. Cada ocho días con múltiples reingresos, conocido por el servicio, a la exploración actual, con insuficiencia respiratoria, manifestado por disnea, polipnea, cianosis peribucal y ungueal. A la palpación, abdomen globoso, a expensas de ascitis a tensión, con facias de dolor, hepatomegalia, disuria, oliguria, se palpa globo vesical, piel seca, edema de miembros inferiores, con estado nauseoso, anorexia, tinte icterico de tegumentos, adinámico, palidez marcada ++, con evacuaciones melénicas de varias semanas, sin datos de sangrado de tubo digestivo activo; actualmente, rehusa ingresar al hospital, informado por sus familiares, presentando en su domicilio hace 3 semanas, vómito con sangre. Llevándolo a consulta con médico particular, se desconoce tratamiento, sintiéndose mejor a las 2 semanas. Posteriormente, continúa ingiriendo bebidas alcohólicas, posterior a ello, presentando nauseas, vómito y diarrea con sangre no fresca, dolor abdominal y aumentando su abdomen, con dificultad para respirar, motivo de su ingreso; su pronóstico es reservado, se reporta muy delicado.

Dx.: C.H.A.N., S.T.D. activo, hipertensión portal, ascitis.

Dx. actual: cirrosis hepática por alcoholismo crónico, ascitis a tensión, probable derrame pleural derecho, síndrome anémico severo, I.V.U..

3.1.2 Historia Clínica de Enfermería. Valoración de Enfermería.

Datos de Identificación:

Nombre: Montealegre Viguera M. Servicio: Urgencias.
No. De cama: 7 Fecha de Ingreso: 24-Nov.-01.
Edad: 45 años. Sexo: Masculino. Estado Civil: Casado.
Escolaridad: 3er. año de Secundaria. Ocupación: Chofer.
Religión: Católica. Nacionalidad: Mexicano.
Lugar de Procedencia: San Juan Ixtayopan, Edo. de México.
Domicilio: Coralillo M. 95 L. 166
Persona Responsable: Esposa. No. de miembros: 6 hijos.
Ocupación: Hogar. Problemas de Relación con la Familia: No.
Domicilio: El mismo. Signos Vitales: Temp. 37° C Pulso: 90x Resp: 26.
T.A.: 140/80.

3.1.2.2 Perfil del ambiente físico.

Habitación: Cuenta con suficiente iluminación y ventilación propia, de concreto las paredes y techo de lámina de asbesto.
Número de habitaciones: 1 baño, 1 cocina, con 3 habitaciones.
Animales domésticos: si, perros gatos, gallinas.
Servicio sanitario de su vivienda: agua dentro de su vivienda.
Control de la basura: Camión recolector de basura.
Eliminación de basura: en botes con bolsas o costales.
Eliminación de desechos: cuenta con drenaje familiar, baño y sanitario incompleto.
Servicios públicos.
Iluminación: mala iluminación.
Pavimentación: no, solo dentro de su casa habitación.
Recursos de salud: I.M.S.S.
Vías y medios de comunicación: peseros, camiones, etc.
Teléfono: no.
Medio de transporte: Su propio pesero, trabaja como chofer.

3.1.2.3 Hábitos higiénicos y protección de piel.

Aseo: baño diario anteriormente, pero con su enfermedad actual, no tiene deseos de bañarse y es cada tercer día, con cambio de ropa.

De manos: diario, después de ir al baño y antes de comer.

Revisión bucal: caries múltiples con pérdidas dentales.

Aseo bucal: por su tipo de trabajo, 1 vez al día, en las noches, antes de dormir, ya que no le daba tiempo porque trabajaba casi todo el día. Actualmente que ya no trabaja, son 2 veces al día, pues refiere tener mal sabor de boca y en ocasiones le sangra la encía.

Cambio de ropa personal: a veces diario o cada tercer día.

Revisión del piel: arañas vasculares en el abdomen, prurito, eritema palmar, telangiectasias.

Conclusión: deficiencias higiénicas generales y bucal.

3.1.2.4 Hábitos alimenticios. Nutrición.

Desayuno: diario de 8:00 a 9:00 hrs., rápido por su trabajo, pues se levantaba a las 5:00 Hrs. y regresaba a su casa para el desayuno; éste era a base de café con leche, huevos, frijoles, pan y salsa.

Comida: Anteriormente comía bien por su trabajo. Siempre andaba de carrera, solo en su día de descanso, sábado y domingo, pero por ir a tomar con los amigos, no comía porque no le daba hambre. El horario de sus alimentos era de 16:00 a 17:00 hrs., a base de pollo, carne de res, puerco, chicharrón, longaniza, lo que alcanzara económicamente, pues a veces no había para comer carne diario, solo 2 veces por semana, sopa de pasta, frijoles, no le gusta el pescado. Las verduras, come poco, como lechuga, quintoniles, frutas, solo plátanos, naranjas.

Cena: A las 21:00 hrs. ocasionalmente pan, café, ya que en la calle comía antojitos como taquitos al pastor, sopes, tamales, algo que se le antojara como refresco, pero ahora con la enfermedad no le daba hambre, tampoco en el hospital.

Intolerancia: pescado, espinacas le producen diarrea.

Conclusión del tipo de alimentación: alimentación deficiente en calidad y cantidad con exceso de grasas.

3.1.2.5 Eliminación.

Vesical: horario, no tenía horario pero continuamente tomaba refresco en la combi "pesero", o agua. En ocasiones se aguantaba hasta llegar a la unidad o en alguna gasolinera, pues no se podía parar en el camino y porque la gente tenía prisa. En la noche 2 veces, por eso se preocupó y fue al hospital porque no podía orinar, solo cada rato, en poquitos, con dolor.

Intestinal: 2 veces al día, mañana y noche y hace 15 días, después de tener vómito con sangre fresca, evacuación con sangre.

3.1.2.6 Descanso y sueño.

Descanso: 1 vez a la semana los lavados o los domingos.

Sueño: duerme de 6 a 7 horas diario de 23:00 a 5:00 hrs., para irse a formar a las combi "peseras", para trabajar. "Pero cuando empecé a enfermar, tenía poco sueño. Actualmente casi no puede dormir porque tiene mucha agua en el abdomen, se duerme casi sentado porque se le va la respiración y se altera su estado emocional. Está irritado, enojado cuando no duerme bien y ahora que está en el hospital, no puede dormir bien en las noches. Hay mucho trabajo y ruido, quejidos y le angustia mucho la noche, le da mucho miedo y quiere que amanezca pronto.

3.1.2.7 Oxigenación.

Estilo de vida: activa. Actualmente: sedentaria, por su enfermedad.

Realiza sus actividades cotidianas: con fatiga, disnea, cuando hay acumulación de líquido ascítico. Se cansa fácilmente.

Antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias: anemia crónica, desnutrición.

¿Cuántos cigarros fuma al día? 3 a 4 cigarillos al día.

3.1.2.8 Moverse o Mantener buena postura.

Poca actividad, se fatiga actualmente si realiza en exceso, pero sí mueve brazos y piernas en la cama, activos y pasivos, con uso de mobiliario y calzado adecuados, con pantuflas porque no le quedan los zapatos por la hinchazón de las piernas.

3.1.2.9 Comunicación.

Tiene facilidad para expresar sus sentimientos y pensamientos, se relaciona con su familia y sus hijos y demás familiares. Con mecanismos de defensa, por medio de la agresividad, cuando sus hijos y esposa le dicen que deje de tomar bebidas alcohólicas.

3.1.2.10 Creencias y valores.

Religión católica. "Soy católico pero casi no asisto a misa por andar en la parranda o en descanso, pero si creo en dios y creo que por eso estoy pagando todo lo que hice"; tiene sentimiento de culpabilidad, por ser borracho y parrandero.

3.1.2.11 Trabajo y Realización.

Trabaja de chofer en una "pesera" de 10:00 a 11:00 hrs. diarias. Se enfermó y le creció más el abdomen. Limita su trabajo por la ascitis peritoneal; le gusta mucho su trabajo y "si me compongo", refiere, "quiero seguir trabajando, pues.

estamos mal económicamente, porque solo mis dos hijos mas grandes me ayudan. Prometo que si salgo de esta quiero seguir trabajando". Por lo tanto tiene mucha necesidad de trabajar.

3.1.2.12 Participar en Actividades Recreativas.

"Casi no tenía tiempo, siempre me la pasaba trabajando. Cuando trabajaba en el A.D.O. foráneo con viajes largos, no jugué ni disfruté con mis hijos de pequeños ni de grandes, pero tampoco los maltrato. Por eso me quieren mucho y están al pendiente de mi; y cuando en mis tiempos libres me dedicaba a la parranda y a tomar."

3.1.2.13 Necesidad de Aprendizaje.

Desea que le explique sobre su enfermedad y su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado pues quiere dejar de beber (conocimiento de si mismo), y desea cambios en su vida y promete dejar de beber, pues cree que es una enfermedad ya que tiene mucha necesidad de tomar alcohol, nerviosismo y angustia cuando no toma.

3.1.2.14 Sexualidad y Reproducción.

Tiene deterioro de la respuesta sexual por su enfermedad que dificulta la función sexual y reproductiva, pues este tipo de pacientes tienen pérdida de la lívido por el alcoholismo crónico. Refiere que sí ha perdido el deseo sexual.

3.1.2.15 Dinámica Familiar.

"No participé en ninguna, solo con mis amigos en la parranda y a tomar con ellos cuando jugábamos al futbol de joven."

3.1.2.16 Antecedentes Personales Patógenos.

Desde niño presentó las enfermedades comunes de la infancia: varicela, rubéola, sarampión y amigdalitis.

Desde hace 5 años, inició con su padecimiento actual; hace 3 años post-

operado de apendicectomía.

3.1.2.17 Antecedentes Familiares Patológicos.

Madre diabética, D.M. tipo II, padre aparentemente sano, tía materna hipertensiva, tío paterno con arterioesclerosis. Abuelo paterno falleció por C.A. gástrico.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Su esposa está muy interesada en el tratamiento; su evolución y rehabilitación y colabora con las intervenciones de enfermería, así como su hija, pues tiene las esperanzas de que mejore y continuar en conjunto estimulando a elevar su autoestima invitándolo o canalizándolo con trabajo social, dietología, psicólogo y alcohólicos anónimos.

3.1.2.18 Observación y exploración física del paciente.

Aspecto físico: a su ingreso, dificultad para respirar, manifestaciones de disnea, cianosis peribucal y de uñas, conciente con dolor quejumbroso, palidez marcada ++, con tinte icterico de conjuntivas, asténico adinámico.

Aspecto emocional: con dolor, angustiado, decaído baja autoestima, preocupado por su estado de salud.

Palpación: abdomen distendido a tensión con edema abdominal de muslos y miembros inferiores; se palpa el hígado por arriba del borde costal, hepatomegalia.

Percusión: peristaltismo aumentado, presencia de líquido intraperitoneal.

Auscultación: frecuencia respiratoria y cardiaca aumentada sin soplos.

Medición: peso: 60 kg.

Talla: 1.75 mts.

Perímetro Abdominal: 110 cm.

3.1.3 Datos Complementarios de Laboratorio

B.H.		E.G.O.	
Hb.: 5.3 gr./dl.		P.H. 5.0	
Leucocitos: 9,200/mm ³		Densidad 1.025	
Linfocitos 5		Hemoglobina	+++
Monocitos 1		Bilirrubina	++
Eosinofilos 1		Leucocitos 20-25/campo	
Basófilos 0		Bacterias	++
Segmentados 94		Células epiteliales	++
		Mucina	++
		Eritrocitos 10-12/campo	
		grupo/Rh	"A"+
Tiempos			
T.P. 17.5'	53%	1.66	
Fibrinógeno	225	mg./dl.	
T.P.T.	31.9	1.29 R	

Electrolitos		Glucosa: 105 mg./dl.	
Na 130.4		Urea: 47 mg./dl.	
K 4.57		Creatinina: 0.8 mg./dl.	
Cl 101.7			
P.F.H.:			
T.G.O. 60 u/l.	T.G.P. 70 u/l	Bilirrubina Total: 3.5 mg./dl.	
Posterior a las 3 transfusiones: Hb.: 6.6 gr./dl.			

Exámenes de gabinete: Rx de torax y abdomen:
EKG, Endoscopia(-)

3.1.4 Análisis de datos.

De acuerdo al análisis de los datos, al aplicar la valoración, se detectaron sus problemas y por lo consiguiente las siguientes necesidades identificadas, y son:

- Eliminación de desechos corporales.
- Oxigenación.
- Eliminación (retención urinaria).

- Moverse y mantener una buena postura.
- Nutrición e hidratación.
- Higiene, protección e integridad de la piel.
- Aprendizaje.

3.2 Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico de enfermería se basa en la respuesta del paciente y ser de tipo. Fisiológico, psicológico, espirituales y sociales; todas las situaciones que la enfermera puede atender de forma independiente.

Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambios de actitudes hacia el tratamiento para su cumplimiento.⁵¹

El diagnóstico de enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden probar y ser válidas.

Definiciones del diagnóstico de enfermería.

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la repuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente (Rosalinda Alfaro, 1993).

El diagnóstico de enfermería. Es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos y ser corregido por la enfermera (Mondinger y Jaurón, 1975).

El diagnóstico de enfermería describe el estado de la persona (su respuesta ante su salud o la enfermedad), y la enfermera es capaz y tiene la responsabilidad legal de suministrarle tratamiento (Maritz, 1982), es la segunda etapa del proceso.

Problema Interdependiente.

Es un problema de salud real o potencial (complicación), que se centra en la respuesta fisio-patológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

⁵¹ Garcia González, Ma. de Jesús. Op. Cit, p. 32

3.2.1 Clasificación de Diagnóstico de Enfermería:

Real
Potencial
Posibles

Diagnóstico real: el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia (signos y síntomas presentes).

Diagnóstico potencial: es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

Diagnóstico posible: cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad que esté presente, pero faltan datos para confirmarlos o descartarlo.⁵²

3.2.2 Pasos para Elaborar el Diagnóstico.

- 1.- Análisis de datos (normales, signos y síntomas de dependencia).
- 2.- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería (respira, retención de líquidos).
- 3.- Identificación de los problemas interdependientes (prevención de complicaciones no se escriben los cuidados).
- 4.- Identificación de las capacidades (hábitos, costumbres, si es cooperador, familiar y paciente, si está en disposición de aprender sobre su salud).

Una vez reunidos todos los datos necesarios se examinan las áreas que han sido identificados como funciones independientes de enfermería, incluyendo los que puedan ser ordenadas por separado sin colaboración de los médicos y otros profesionales de la salud, para determinar las necesidades, problemas y preocupaciones o respuestas humanas que se puedan resolver mediante intervenciones de enfermería.⁵³

⁵² Ibidem. p. 32.

⁵³ Ibidem. p. 33

3.2.3 Normas para Escribir Diagnósticos de Enfermería (Iyer W. Patricia 1991).

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
- 2.- Utilizar “relacionandola con” para ligar ambas partes de la emisión del diagnóstico.
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- 5.- Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
- 6.- No mencionar signo y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.
- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan los mismo.
- 9.- Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación.
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería y se emitirá en forma clara y concisa.⁵⁴

3.2.2.4 Propósitos del Diagnóstico de Enfermería.

Describir la situación o problemas de salud particular o los patrones de interacción alterada del individuo que requiere ayuda para mantener o lograr su nivel de salud.

Señala los problemas de salud reales o potenciales y centrar la atención de enfermería en la respuesta humana individualmente.

⁵⁴ Ibidem. p. 36.

3.3 Jerarquización de Necesidades. Planeación.

3.3.1 Necesidad de Oxigenación (respirar).

- Incapacidad para mantener la ventilación espontánea (disnea, cianosis leve).

3.3.2 Necesidad de eliminar desechos corporales.

- Retención Urinaria.
- Exceso de volumen de líquido intraperitoneal.

3.3.3 Necesidad de descansar, de dormir adecuadamente.

- Dolor
- Ansiedad, miedo o temor.

3.3.4 Necesidad de moverse o mantener buena postura.

- Intolerancia a la actividad.
- Fatiga.

3.3.5 Necesidad de nutrición e hidratación.

- Alteración de la nutrición por defecto.
- Anemia, anorexia.

3.3.6 Necesidad de conservar la integridad de la piel.

- alto riesgo de infección
- deterioro de la integridad cutánea.

3.3.7 Necesidad de aprender.

- déficit de conocimiento de su salud y enfermedad.
- alteración de la adaptabilidad.
- poca autoestima crónica.

3.3.8 Necesidad de seguridad para mantener la salud de la vida

3.3.9 Necesidad de comunicarse.

3.3.10 Necesidad de ropa adecuada en el hospital.

3.3.11 Necesidad de vivir según sus valores y creencias.

3.3.12 Necesidad de seguir trabajando?

Selección de prioridades:

Se ordenan de acuerdo a la importancia de dar solución a problemas o necesidades inmediatas que pongan en peligro la vida o la integridad física del individuo.

Elaboración de objetivos: deban ser claros, concisos, alcanzables, acordes a la realidad y a los recursos con que se cuenta.

3.4 Plan de Intervenciones y la ejecución.

- Las intervenciones de enfermería deben ser claros y estar ordenados de acuerdo a las prioridades manifestadas, así como encontrarse disponibles las 24 hrs. del día. Son acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener o restaurar la salud.
- Realizar valoraciones permanentes de enfermería para identificar nuevos problemas o el estado de los ya identificados.
- Dar educación sanitaria al paciente y su familia, para que aprenda a cuidar su salud y reducir sus problemas de salud.
- Realizar acciones específicas del tratamiento para eliminar o reducir los problemas de salud.

Plan de cuidados de enfermería.

Es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua los cuidados de enfermería, hacia una o más metas u objetivos establecidos, específicamente para realizar con una persona en particular.⁵⁵

3.4.1 Características del plan de cuidados.

- Debe ser escrito, accesible y práctico.
- Individualizado.
- Reflejar la condición real de la persona.
- Basado en principios científicas.
- Dinámico y flexible.
- Acorde con la filosofía de enfermería, con el tratamiento médico y sus objetivos.
- Es el resultado de un esfuerzo combinado del individuo como paciente, enfermera y familiar.

⁵⁵ Leslie, Atkinson. Proceso de atención de enfermería, P. 102.

3.4 Plan de Intervenciones de Enfermería y Evaluación a un Paciente Adulto Maduro con Exceso de Volumen de Líquido Intraperitoneal por Disfunción Hepática Alcohólica para Satisfacer las Necesidades Reales.

Las cosas que tenemos que aprender antes de Poder hacerla, la aprendemos haciéndola

Aristóteles.

3.4 Plan de Intervención de Enfermería y Evaluación a un Paciente Adulto Maduro con Exceso de Volumen

Intraperitoneal por Disfunción Hepática Alcohólica para Satisfacer las Necesidades Reales.

Nombre: M. V. M. Edad: 45 años Estado Civil: Casado

Sexo: Masculino Ocupación: Chofer Escolaridad: Secundaria

P.A.: 140/80 - 100/60 Pulso: 98 x' Respiración: 28 x' Peso: 60 Kgs

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
Oxigenación	<p>-Incapacidad para mantener la ventilación espontánea.</p> <p>-Manifestado por disnea, polipnea, cianosis leve y aumento del perímetro abdominal, relacionado con el exceso de líquido intraperitoneal a tensión, con la menor expansión pulmonar, provocando sofocación, angustia, fatiga, inquietud por falta de aire, con cambio en la coloración de la piel, peribucal y uñas, por lo tanto, el diafragma es empujado hacia arriba por el exceso de líquido en cavidad peritoneal, dificultando la respiración del paciente.</p>	<p>-Facilita la respiración.</p> <p>-Mantener las vías aéreas permeables</p> <p>-Facilitar el intercambio de CO₂ y O₂, para evitar hipoxia.</p> <p>-Eliminando el líquido de ascitis, disminuye la distensión abdominal y facilita la expansión pulmonar, porque el diafragma desciende y esto facilita la respiración.</p> <p>-La movilidad contribuye a que no se produzcan secreciones o atelectasia (56).</p> <p>-Favorecer la expansión pulmonar y disminuye la fatiga respiratoria.</p>	<p>-Reposo en cama, con posición semi-fowler.</p> <p>-Aspiración de secreciones.</p> <p>-Ministración de O₂, 3 L. x' con mascarilla.</p> <p>-Toma de signos vitales, especialmente frecuencia respiratoria y sus características.</p> <p>-Colaborar en la eliminación de líquido ascítico (paracentesis).</p> <p>-Cambios de posición frecuentes, para permitir la expansión de toda la zona de los pulmones.</p> <p>-Estimular la respiración profunda a intervalos frecuentes, para aumentar la expansión pulmonar.</p> <p>-Ejercicios respiratorios</p> <p>-Evitar la ingestión de alimentos que produzcan distensión abdominal.</p>	<p>-Paciente angustiado, polipneico, cianótico, con frecuencia respiratoria 28 x'.</p> <p>-El permanecer al lado del paciente, lo tranquiliza, pues tiene temor a la asfixia.</p> <p>-Se va tranquilizando poco a poco con el oxígeno y posterior a la paracentesis.</p> <p>-Mejora su respiración y desaparece la disnea y la cianosis.</p> <p>-Se estabiliza la frecuencia respiratoria, Fr 22x'</p> <p>-Coopera con el tratamiento y los cuidados de enfermería.</p> <p>-Disminuye la fatiga respiratoria.</p>

(56) Carpenito, Linda. "Plan de cuidados y documentación de Enfermería. p.110,265.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Eliminar desechos corporales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Alteración de la eliminación urinaria. -Retención urinaria. -Incapacidad para miccionar, manifestado por disuria polaquíuria, goteo constante, globo vesical, salida de orina escasa por rebotamiento y dolor en la zona supra-púbica con inflamación del meato urinario. -Imposibilidad de expulsar la orina de la vejiga y puede aparecer infección, como resultado de la retención urinaria, e incluso trastornar la función renal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vaciar la vejiga para favorecer la micción. -Para manejar la incontinencia cuando no han dado resultado otras medidas. -La vejiga que sufre distensión excesiva, muestra menor resistencia a la infección y es fácilmente invadida por bacterias. -Control de orina excretada en 24 hrs. (que no debe ser menor de 500 ml. ni mayor de 3000 ml. en 24 hrs.). -Se asegura la función adecuada de la sonda Foley, para contar con el drenaje vesical continuo. -El aseo es necesario, pues el punto de salida de cualquier sonda, puede reunir pus y costras (éstas provienen del depósito de sales de la orina). 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimulación para la micción. -Verter agua tibia sobre los genitales y se hizo escuchar el sonido de un chorro de agua, sin efecto. -Colocación de sonda Foley # 18, previa asepsia y antisepsia. -Fijación de sonda Foley y vigilancia continua. -Control de líquidos -Toma de examen general de orina. -Vigilar las características de la orina, observando la concentración, color y cantidad excretada. -Vigilar la función de la sonda Foley y la esterilidad del sistema cerrado, detectar infección de vías urinarias, dolor, ardor. -Cuidados de sonda Foley, limpiar con agua y jabón varias veces al día la zona alrededor del orificio uretral. -El cambio de sonda Foley cada 8 días, para evitar infección urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuye el dolor en la zona púbica, está más tranquilo y relajado desaparece el globo vesical. -No tiene problemas con la sonda Foley, su diuresis es de 1800 a 2000 ml. en 24 hrs

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Eliminar desechos corporales.</p>	<p>Exceso de volumen intraperitoneal.</p> <p>-Ascitis a tensión manifestado por dolor, distensión abdominal disnea e insuficiencia respiratoria, aumentodel perímetro abdominal.</p> <p>-Anorexia</p> <p>-Edema de miembros pélvicos, por retención de sodio y agua, por la disfunción hepática.</p> <p>-La presión oncótica se encuentra disminuida por la falta de producción de proteínas (albúmina plasmática).</p>	<p>-Eliminación de líquido ascítico.</p> <p>-Elevando la cabeza, se facilita la respiración.</p> <p>-El sondeo vesical para evitar punción de la vejiga.</p> <p>-Proteger la individualidad del paciente y conservar la temperatura normal y su comodidad.</p> <p>-Es un procedimiento quirúrgico menor que requiere medidas de antisepsia para evitar infección.</p>	<p>-Colaborar con la paracentesis evacuadora.</p> <p>-Posición semiFowler.</p> <p>-El paciente debe orinar antes de la inserción del trocar.</p> <p>-Sonda vesical.</p> <p>-Cubrir y dejar expuesto el abdomen.</p> <p>-En la fase de ejecución de la paracentesis colaborar en el procedimiento para la asepsia y antisepsia con Isodine en la región del sitio de punción.</p>	<p>-Disminuye francamente la insuficiencia respiratoria.</p> <p>-Disminuye el perímetro abdominal sin tensión.</p> <p>-Perímetro abdominal de 110 cm.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Eliminar desechos corporales.</p>	<p>La presión para la filtración a nivel de los capilares aumenta por congestión venosa, la hipertensión portal origina trasudado del plasma hacia el peritoneo y el líquido.</p>	<p>-Extraer grandes volúmenes de líquido puede originar hipotensión, oliguria e hiponatremia.</p> <p>-Para detectar hemorragia, pérdidas y cantidad excretada.</p> <p>-La extracción del líquido de ascitis es para aliviar los síntomas agudos.</p> <p>-Si se extrae un volumen mayor del señalado, el líquido de ascitis tenderá a favorecer de nuevo a base del líquido extracelular que extraiga de todo el organismo. Evita la salida de líquido o sangrado y la entrada de bacterias.</p>	<p>-Durante el procedimiento, evaluar el pulso, respiración y tensión arterial.</p> <p>-Vigilancia estrecha de signos de choque colapso vascular, palidez, taquicardia o hipotensión arterial.</p> <p>-Tener preparado el carro rojo de urgencias.</p> <p>-Verificar la salida del líquido de ascitis, indicada por el médico, que normalmente es de no más de 2 a 3 litros.</p> <p>-Se brindará información al familiar, al paciente y las orientaciones necesarias tranquilizándolo.</p> <p>-Medir y registrar el volumen extraído.</p> <p>-Enviar el líquido al laboratorio para el examen del sedimento celular, densidad, concentración de proteínas y de bacterias.</p> <p>-Colocar un apósito en el sitio de punción o un vendaje abdominal, o en su defecto, parche adhesivo o elástico que sirve como apósito adherente a prueba de agua.</p>	<p>-Sin datos de choque.</p> <p>-Se observa un poco más tranquilo, pero a la expectativa y quejumbroso.</p> <p>-Disminuye su perímetro abdominal a 99 cm..</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Eliminar desechos corporales.</p>	<p>-El diafragma es empujado hacia arriba por el exceso de líquido en cavidad peritoneal, dificultando la respiración del paciente.</p> <p>-Insuficiencia crónica de la función hepática (cirrosis), ocasiona que disminuya la concentración de albúmina plasmática lo que predispone a la formación de edema y producción excesiva de aldosterona, que origina retención de sodio, agua y excreción de potasio.</p> <p>Insuficiencia en la formación, utilizando y almacenando de vitaminas especialmente: vitamina A, C y K.</p>	<p>-Disminuir el edema de miembros inferiores por la retención de líquidos y la ascitis e inducir la diuresis.</p> <p>-Para control y balance de líquidos.</p> <p>-La piel limpia y seca previene la proliferación de bacterias, los tejidos edematosos tienden a ser mas propensos a sufrir lesiones traumáticas.</p> <p>-Para observar si aumentó el líquido de ascitis.</p> <p>-Eliminan líquido intracelular, sodio y potasio, evitan infecciones y disminuyen el dolor.</p>	<p>-Dieta hiposódica restringiendo el sodio de 200 a 800 mg. en 24 hrs.</p> <p>-Control de líquidos por vía oral restringir el agua de 500 a 1000 ml. en 24 hrs.</p> <p>-Control de líquidos, ingresos y egresos.</p> <p>-Cuidar lo mejor posible la piel.</p> <p>-Medir el perímetro abdominal cada 24 hrs.</p> <p>-Control de peso cada 24 hrs. y el edema</p> <p>-Ministrar medicamentos, albúmina, diuréticos, antibióticos (espirodolactona cada 8 hrs. cefotaxima, 1 gr I.V. cada 8 hrs.), metamizol 1gr. I. V. cada 8 hrs.</p>	<p>-Disminuye el dolor.</p> <p>-Hidratado.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Eliminar desechos corporales.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Detectar hematuria color, concentración y proceso infeccioso -Evitar choque. -Albúmina para evitar la concentración. -En busca de líquido y signo de infección de la herida. -Para que esté en una posición satisfactoria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de diuresis y características. -Reponer el volumen excretado, albúmina y solución hartman. -Vigilar el apósito del sitio de punción. -Colocar una almohada debajo del borde costal, cuando esté acostado sobre su flanco. 	<ul style="list-style-type: none"> -Balance positivo. -El sitio de punción, sin salida de líquido. -Se observa mas tranquilo.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Descansar, dormir adecuadamente.</p>	<p>-Dolor agudo. Estado en el que un individuo experimenta y se queja de una molestia grave o una sensación desagradable con aumento de pulso y respiración, pálido, sudoroso. Presenta dolor agudo por distensión abdominal por el exceso de líquido intraperitoneal y globo vesical palpable en región suprapúbica.</p> <p>-El dolor es cualquier molestia corporal que indique el enfermo y que existe siempre que lo señale y es un estado psicológico no imaginable. El dolor es una experiencia, a la que el enfermo reacciona con ansiedad, miedo, temor, como ser humano total(57).</p>	<p>-Para disminuir el impulso doloroso que llega a la corteza cerebral.</p> <p>-Planear la asistencia de modo que no interrumpir el sueño del enfermo.</p> <p>-Evitar fatiga.</p> <p>-Lograr relajación de sus músculos estriados.</p> <p>-Disminuir su ansiedad.</p> <p>-Favorecer un ambiente adecuado para aumentar el número de horas de sueño del paciente.</p>	<p>-Ministración del analgésico adecuado, previa indicación del médico, previa toma de tensión arterial.</p> <p>-Metamizol, 1 gr. I.V. cada 8 hrs.</p> <p>-Tranquilizarlo y orientarlo sobre el dolor y que disminuyendo su distensión abdominal, con la paracentesis y el sondeo vesical, va disminuyendo el dolor.</p> <p>-Orientar a su familiar que muestra notable ansiedad en presencia del conyuge enfermo, cuando se queje de dolor abdominal.</p> <p>-Promover el descanso y la relajación.</p> <p>-Adiestrar al individuo a la relajación total enseñándole a contraer, relajar los miembros inferiores y una respiración rítmica.</p> <p>-Estar con el paciente.</p>	<p>-Disminuye el dolor abdominal posterior a la paracentesis y colocación de sonda Foley, pero no completamente, está quejumbroso y ansioso.</p> <p>-Posterior al analgésico, disminuye su ansiedad y dolor.</p> <p>-Disminuye el dolor suprapélvico solo con molestias de la sonda Foley a la movilización.</p> <p>-Disminuye su ansiedad su temor normalmente el pulso 80 x' y la respiración 21 x'.</p> <p>-Recupera el sueño, refiere dormir mejor en las noches en el hospital.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Descansar, dormir adecuadamente.</p>	<p>-Ansiedad, miedo, temor, paciente intranquilo que afecta directamente el funcionamiento adecuado del cuerpo. Miedo a lo desconocido, a la muerte.</p> <p>-Miedo al dolor a no poder respirar normalmente, tiene muchas preocupaciones económicas por su enfermedad y no poder trabajar.</p> <p>-Alteración del sueño y del descanso, relacionado con el dolor y la falta de respiración por exceso de líquido intraperitoneal.</p>	<p>-Disminuir su miedo y su temor sobre su enfermedad para cooperar en su tratamiento.</p> <p>-Comunicación adecuada paciente, familiar y enfermera.</p> <p>-Disminuye su tolerancia al estrés para enfrentar su problema y motivación para una experiencia difícil.</p> <p>-La fé tiene un gran poder de apoyo, las creencias del paciente deben apoyarse.</p> <p>-Detectar cualquier manifestación neurológica.</p> <p>-La información correcta corrige los conceptos erróneos y alivia la ansiedad.</p>	<p>-Ser tolerante y comprensivo con el individuo.</p> <p>-Tranquilizarlo sobre sus temores explicándole cada uno de los procedimientos a realizar.</p> <p>-Estimularlo, confortándolo a seguir adelante y ser cooperador con su tratamiento.</p> <p>-Ministrar antibióticos por su infección en vías urinarias, ampicilina 1 gr. cada 6 hrs.</p> <p>-Terapia espiritual. Se solicita sacerdote. Informa trabajo social y familiares.</p> <p>-Vigilancia del estado de conciencia y estado neurológico.</p> <p>-Proporcionar información acerca de su enfermedad, apoyo psicológico y aceptación de la misma.</p>	<p>-Duerme bien, mas tranquilo.</p> <p>-Sin dolor y mejora su respiración. Conciliación del sueño, pero continúa delicado.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Moverse y mantener buena postura.</p>	<p>H ay una reducción en la capacidad del individuo para realizar actividades hasta el grado deseado o requerido, fatiga. -Carece de energía física o psíquica, suficiente para acabar o llevar a cabo sus actividades cotidianas, como es el de trabajar, cansancio y aumento de la frecuencia cardiaca, debilidad molesto y disnea de esfuerzo. Fatiga:estado subjetivo. Se siente con agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental que no se alivia con el descanso. Con el aumento del perímetro abdominal, por exceso de líquido peritoneal, se cansa fácilmente, irritabilidad</p>	<p>- Conservar la movilidad y anatomía ósea, evitar lesiones de la piel. - El masaje estimula la circulación de la región, llevando los nutrientes necesarios a las células y evita la destrucción de la piel por falta de riego sanguíneo. - Las articulaciones que no se ejercitan, con ejercicios en la mañana, desarrollan contracturas en 3 a 7 días, ya que los músculos flexores son mas fuertes que los extensores. - Las actividades y el ejercicio en la cama o fuera de ella, dentro de los límites de tolerancia y el reposo adecuado(58).</p>	<p>-Reposo en cama semifowler, con cambios de posición frecuentes, protegiendo salientes óseas, mínimo cada 2 hrs. -Dar masaje en miembros inferiores, espalda, brazos, orientar a su familiar para realizar estas actividades. -Estimularlo a movilizar miembros inferiores y brazos; éste ejercicio es con tanta frecuencia como lo permita el paciente durante el día. -Motivar al paciente que alterne movimientos de actividad con reposo.</p>	<p>-Cooperador con esta intervención. -Los familiares participan activamente en la intervención de esta necesidad. -Satisfecho por realizar estos movimientos, pues él teme y refiere a quedarse tullido. -Mejora su condición física y psíquica. -La capacidad respiratoria se logró mejorar. -Seguridad en sí mismo para movilizar miembros superiores e inferiores.</p>

(58) Ibidem. p. 1603.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Moverse y mantener buena postura.</p>	<p>emocional, disminuye su actividad y dificultad respiratoria.</p>	<p>-Los barandales brindan protección y evitan riesgos de accidentes hospitalarios. -Medidas de higiene ayudar a recuperar o a conservar la función músculo esquelética en óptimas condiciones, protegiendo al paciente encamado de riesgos de perderla por falta de movilización.</p>	<p>-Colocación de barandales en su cama. -Conservar alineado el cuerpo y las extremidades en posición anatómica. -Mantener limpia y seca la ropa de cama. -Valorar la tolerancia a la actividad actual del paciente.</p>	<p>-Sin riesgo de caídas -Tolera la actividad. -Independiente del cómodo. Asiste al sanitario.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Nutrición e hidratación.</p>	<p>-Alteración de la nutrición por defecto. Manifestado por anemia, palidez marcada anorexia y desnutrición.</p> <p>-El paciente con cirrosis hepática alcohólica, su nutrición es inferior a los requerimientos del organismo, relacionado con una ingesta insuficiente asociada con náuseas, vómito y anorexia, malos hábitos dietéticos y alteración del metabolismo hepático de los nutrientes y las vitaminas. Hay deficiencia de vitamina A, complejo B vitamina D y K. El hígado dañado no forma bilis no se absorben las vitaminas liposolubles, y es incapaz el hígado de absorber vitamina K y</p>	<p>-El exceso de proteínas animales puede producir encefalopatía de origen portal y en su defecto, causar balance nitrogenado negativo.</p> <p>-La disminución de sal en los alimentos evita la retención de líquidos.</p> <p>-Para aumentar su aporte nutricional.</p> <p>-Para satisfacer sus requerimientos nutricionales.</p> <p>-Recuperar los eritrocitos, pues tiene hemoglobina de 5.2 gr./dl., por sangrado de tubo digestivo en su casa, melena y no asistir al hospital.</p> <p>-Para detectar reacciones de la transfusión.</p> <p>-Evita el estado nauseoso y que consuma su alimentación.</p> <p>-Es un coadyuvante de los factores de la coagulación.</p>	<p>-Dieta hepatópata. Vigilancia adecuada de la dieta baja en proteínas, sodio, alta en vitaminas, calorías y carbohidratos. Fija en líquidos de 500 a 1000 ml. de líquidos en 24 hrs.</p> <p>-Estimular al paciente a comer todo el alimento y el complemento alimenticio en pequeñas proporciones.</p> <p>-Disminuir la cantidad de alimento de cada toma y aumentar su frecuencia.</p> <p>-Transfusión sanguínea indicada por el médico, 2 paquetes cada 8 hrs.</p> <p>-Vigilancia estrecha y cuidados de la transfusión sanguínea.</p> <p>-Ministración de medicamentos, metoclopramida I.V. cada 8 hrs.</p> <p>-Control de líquidos, ingresos y egresos.</p> <p>-Se sugiere a dietología, la presentación de la dieta para estimular su apetito.</p>	<p>-Estado nauseoso acepta muy poco su dieta.</p> <p>-Sin alteración durante la transfusión sanguínea.</p> <p>-Al segundo día ingiere un poco más de dieta.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>-Nutrición e hidratación.</p>	<p>producir los factores de la coagulación. Anemia: porque el alcohol es tóxico para la médula ósea y la producción normal de eritrocitos, se altera. Tiene Hb 5.2 gr/dl. y masa muscular disminuida.</p>	<p>-Favorece a la coagulación. -Evita infección gastrointestinal.</p>	<p>-Ministración de vitamina K, indicada por el médico. -Lavarle las manos antes de cada comida.</p>	<p>-Sin datos de sangrado.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
- Nutrición e hidratación.	<p data-bbox="204 290 409 602">-Anemia y desnutrición por la disfunción hepática y por lo tanto la incapacidad del hígado para almacenar vitaminas y producir ácido fólico.</p> <p data-bbox="204 713 394 780">-Gastritis por la dieta inadecuada.</p> <p data-bbox="204 891 409 958">-Pérdida de peso y fatiga.</p> <p data-bbox="204 995 409 1032">-Nauseas y vómito.</p> <p data-bbox="204 1173 409 1240">-Malos hábitos dietéticos.</p>	<p data-bbox="424 290 736 706">La terapia dietética intenta corregir el equilibrio negativo de nitrógeno y la desnutrición, promoviendo la regeneración del tejido hepático funcional y compensando la incapacidad del hígado para almacenar vitaminas, evitando al mismo tiempo la retención de líquidos y la encefalopatía hepática.</p> <p data-bbox="424 713 736 891">-El aumento de calorías proporciona al paciente la energía necesaria para contribuir a la curación del hígado.</p> <p data-bbox="424 899 736 1077">-Las grasas no son bien toleradas por el paciente con daño hepático porque el hígado no produce la bilis necesaria para su digestión.</p> <p data-bbox="424 1181 661 1218">-Para control de peso.</p> <p data-bbox="424 1255 706 1314">-Para evitar el estado nauseoso.</p>	<p data-bbox="762 290 1136 439">Dieta diaria bien balanceada, rica en calorías (2500 a 3000 cal./día) pobre en grasas y sodio (200-1000 mg/día), vitaminas y ácido fólico.</p> <p data-bbox="762 439 1107 468">- Evitar irritantes en las comidas.</p> <p data-bbox="762 468 1107 572">- Estar alerta en busca de síntomas de ansiedad, plétora epigástrica, debilidad, inquietud.</p> <p data-bbox="762 572 1107 647">- Vigilancia y alentar frecuentemente para que ingiera su dieta.</p> <p data-bbox="762 647 988 676">-Educación continua.</p> <p data-bbox="762 676 1121 750">-Suministrar líquidos parenterales según estén ordenados.</p> <p data-bbox="762 750 1136 854">-Conservar la energía del paciente procurar la autoalimentación sin ayuda.</p> <p data-bbox="762 899 1136 1032">-Explicar las restricciones dietéticas al paciente y su familia e insistir acerca del cumplimiento de éstas en su domicilio.</p> <p data-bbox="762 1032 1018 1069">-Abstinencia de alcohol.</p> <p data-bbox="762 1069 1107 1144">-Vigilar presencia de sangrado a cualquier nivel.</p> <p data-bbox="762 1181 899 1218">-Peso diario.</p> <p data-bbox="762 1255 1166 1285">-Higiene bucal antes de los alimentos.</p>	<p data-bbox="1207 298 1396 394">-Mejora las deficiencias existentes.</p> <p data-bbox="1207 506 1381 572">-El reporte de la Hb.= 10.2 gr/dl.</p> <p data-bbox="1207 684 1374 891">-Acepta más sus alimentos al explicarle el porqué debe comer adecuadamente.</p> <p data-bbox="1207 1077 1381 1285">-El paciente aumentó el apetito -Refiere e informa que las nauseas van disminuyendo.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Conservar la integridad de la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alto riesgo de infección. Por la retención en exceso de líquido peritoneal y la distensión abdominal o tensión que puede provocar peritonitis bacteriana, tiene anemia, desnutrición y edema de abdomen hasta miembros inferiores, con tinte icterico leve de piel y conjuntivas. -Deterioro de la integridad cutánea. Por tinte icterico leve por la incapacidad del hígado para metabolizar la bilirrubina, luego de la destrucción de los eritrocitos. El paciente tiene prurito por la acumulación de sales biliares, piel seca con leves lesiones Arañas vasculares y eritema palmar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para evitar el riesgo de infecciones en piel y problemas circulatorios que a menudo se producen en individuos sometidos a reposo en cama y con edema. -Prevenir infección en el sitio de punción. - Para detectar aumento en el tinte icterico. - Para suavizar, emolientes y cremas. - Impide la escoriación cutánea por rascado. - Evita el prurito. - El rascado puede causar hemorragias subcutaneas. - Por precaución para evitar las infecciones y los problemas circulatorios que a menudo se producen en pacientes en reposo en cama. 	<p>Baño diario, como está en reposo, baño de esponja posteriormente al sentirse mejor, baño de regadera, lubricación de piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión y cambio de apósito del sitio de la paracentesis, después del baño. - Vigilar si aumenta el tinte icterico. - Aliviar el prurito con baño sin jabón perfumado y masaje con lociones humectante o hemoliente y crema. -Siempre mantener la piel hidratada - Conservar y cortar las uñas manteniendolas limpias. - Aconsejar al paciente que evite el rascado enérgico. - Consultar el uso de antihistamínicos (difenhidramina). - Valorar estado de la piel para comprobar si existen lesiones o infecciones en la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acepta el baño de esponja confortado. - No ha aumentado el tinte icterico. - Disminuye la frecuencia de rascado. - Disminuye el prurito. - Integridad de la piel con lesiones en proceso de cicatrización.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Conservar la integridad de la piel.</p>	<p>Posibilidad de lesiones: por pérdida de sangre relacionada con la alteración de los mecanismos de la coagulación. El paciente con cirrosis hepática alcohólica, tiene tendencias hemorrágicas por la carencia de vitamina K y de algunos factores de la coagulación. Con evacuaciones con sangre antigua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para prevenir una neumonía. - Previene la tromboflebitis. - Detectar presencia de sangrado a cualquier nivel y evitar anemia. - Las aspirinas tienen efectos anticoagulantes - Estas acciones y esfuerzos causan hemorragia intensa. - Una presión excesiva posterior a la inyecciones I.M., puede causar traumatismo en el tejido subyacente y hemorragia subcutánea. 	<p>Ejercicios respiratorios e inspiraciones profundas y tos con intervalos regulares con cambios de posiciones cada 2 hrs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilización en cama flexionando y extendiendo sus extremidades. - Evaluar las encías del paciente para detectar hemorragias y estimular el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves. O hisopos, esponjas para la higiene oral, aseo bucal cuidadoso. - Para afeitarse recomendar el uso de afeitadora eléctrica. - Evitar traumatismos. - Vigilancia estrecha de las heces, si hay presencia de melena, emesis o hematuria - Evitar las aspirinas. - Indicar que no sope con energía por nariz ni que tosa y que evite los esfuerzos al defecar. - Si hay congestión nasal, usar gotas na sales de solución fisiológica. - Usar agujas de menor calibre para inyección I.M. Aplicar presión suave para prevenir el sangrado posterior a la aplicación de la vitamina K, I.M. c/24 hrs. Vigilancia estrecha por várices esofágicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin presencia de sangrado a ningún nivel. - No presenta hematomas posterior a la inyección.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Conservar la integridad de la piel.</p>	<p>Edema de miembros inferiores.</p>	<p>Actua la neomicina y la lactulosa como antibiótico, en calidad antiséptica intestinal, disminuye el amoniaco y reduce el número de bacterias intestinales.</p> <p>Para disminuir retención de líquidos.</p> <p>Los tejidos edematosos son mas propensos a sufrir lesiones traumáticas.</p> <p>Reduce el edema de miembros inferiores por regreso del líquido ascítico al torrente sanguíneo.</p> <p>Para control del equilibrio del líquido en el organismo.</p>	<p>Enema evacuante cada 8 hrs. con 1 gr. de neomicina y lactulosa, prescrito por el médico.</p> <p>Restricción de sodio.</p> <p>Vendaje de miembros inferiores con elevación de las extremidades a intervalos.</p> <p>Peso diario.</p>	<p>Con efecto, con melena escasa.</p> <p>Disminución del edema.</p> <p>Se suspenden enemas evacuantes al 2o. día porque fueron negativos.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
De aprender	<p>- Deficit de conocimiento de su salud y enfermedad, pues continuamente al ser egresado del hospital y sentirse mejor, continuaba con bebidas alcohólicas a escondidas de sus familiares por falta de motivación para cambiar el estilo de vida.</p> <p>-Alteración de la adaptabilidad, manifiesta que tiene dificultad para modificar su estilo de vida, comportamiento y cambio de salud.</p> <p>Poca autoestima crónica, relacionada con el desconocimiento de la etiología.</p>	<p>- Escencial para la prevención de las complicaciones.</p> <p>- Para reducir las demandas que las actividades básicas de la vida y el ejercicio diario le impone el hígado.</p> <p>- El diagnóstico de disfunción hepática y sus complicaciones causa temor y ansiedad.</p> <p>- Se evitarán nuevos daños hepáticos.</p>	<p>-Terapia de apoyo individualizando con énfasis en las complicaciones que causa el alcoholismo.</p> <p>-Enseñanza a miembros de la familia y estimular al paciente la importancia de llevar a cabo estricto control del tratamiento, su dieta y la abstinencia de alcohol.</p> <p>-Estimular a paciente para su descanso pues carece de reservas de energía y aprender a conservar sus fuerzas y tener reposo en cama hasta que el paciente recupera sus fuerzas.</p> <p>A medida que su estado mejora, aumentará gradualmente su nivel de actividad.</p> <p>- Apoyo emocional, físico y psicológico del paciente y familia.</p> <p>- El paciente debe saber que la ingestión de alcohol en cualquier cantidad puede deteriorar su condición, tanto física como psíquica.</p> <p>- Canalizarlo con la trabajadora social y alcohólicos anónimos.</p>	<p>-Renueve al principio, no acepta su enfermedad, angustiado, tembloroso.</p> <p>-Acepta su tratamiento.</p> <p>-Le gusta que participe su familia para su curación.</p> <p>- Refiere rechazar el alcohol.</p> <p>-Acepta la ayuda de trabajo social.</p>

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
-Aprender		<ul style="list-style-type: none"> - Elevar su autoestima. - Fomentar en el individuo y la familia, actitudes y conductas que le permitan prevenir las complicaciones de la enfermedad, protegiéndolo de los riesgos que ponen en peligro su salud. -Se orienta al paciente y familia sobre una dieta adecuada a su padecimiento. -Para control de su enfermedad y prevenir nuevas complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar su autoestima, haciendolo comprender que es necesario en su familia y lo necesitan sus hijos y que todos tenemos una nueva oportunidad para mejorar y rehacer su vida. - Educación para la salud, sobre el alcoholismo y los factores de riesgo que llevan a las complicaciones -Canalizarlo a dietología. -Recomendar control con el médico frecuentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acepta su dieta y tratamiento. Mas animado, sonrie, está decidido a dejar la bebida. -Mejora la condición general del paciente, tanto física como mental. -Conciente de llevar a cabo su dieta indicada. -Se eleva su autoestima.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>De seguridad para mantener la salud y la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alto riesgo de traumatismo. - Manifestado por inquietud en la cama, lo cual está en reposo por astenia, adinamia, ansioso, dificultad para respirar, agotamiento por falta de alimento y hemoglobina, pálido, taquicardia, con dolor. - Alto riesgo de procesos infecciosos por los múltiples ingresos intra hospitalarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir los accidentes, tomando medidas de precaución para evitar caídas. - Evitar focos de infección e infecciones cruzadas ya que en los hospitales, existen enfermedades infecciosas y es factible que el polvo y pelusa de las ropas del enfermo, cama, paredes y suelo, contienen gérmenes patógenos que pueden infectar a otras personas. - Disminuir la transmisión de microorganismos patógenos que producen enfermedades. - Evita infecciones gastrointestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de barandales en la camilla. - Tranquilizarlo. - Ministración de medicamentos. - Evitar propagación de focos de infección, realizando procedimientos de asepsia y antisepsia. - Vigilar el aseo de la unidad del paciente. - Lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento. - Lavado de manos del paciente antes de comer y después de ir al baño o de colocar el cómodo o pato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inquieto, angustiado por su padecimiento actual. - Mejora su estado de angustia. - Disminuye el dolor. - Confortado. - Se siente seguro en el hospital y en su cama. Tolerancia a la actividad. - Deja de ser dependiente del oxígeno. - Cooperador al lavado de manos y lo solicita antes de los alimentos por el mismo y su familiar.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
Comunicarse.	<p>Alteración de los procesos familiares hay barreras en la comunicación con sus familiares,estrés.</p> <p>Comunicación externa e interna.</p> <p>Autoestima baja cambio negativo sobre su persona piensa y se ve a si mismo y que no valora su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar una atención individualizada al paciente, mediante la práctica de una buena comunicación. -El hacer un espacio, cada día, para la reflexión y la confrontación personal, ayudan a avanzar en el crecimiento y el desarrollo de la personalidad(59). -El autoconocimiento o la autoexploración es un medio para conocerse, integrarse y motivarse para lograr los cambios necesarios. -Es la base para dar un cuidado individualizado. -Para que haya comunicación, sepa quien lo atiende. 	<p>Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos con su esposa e hijos, tener mayor comunicación. Ayuda psicológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la comunicación interna(espiritual), por solicitud del paciente, solicita un sacerdote. - Ayudarlo a su autoconocimiento, autoaceptación y elevar su autoestima. - Siempre llamar al paciente por su nombre. - Presentarse ante el paciente diciendo nuestro nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con sus familiares manifestandole que lo perdonen por su necedad de seguir tomando y los escándalos que les hacía. -Más tranquilo sereno, posterior a la comunicación con sus hijos. -Comunicación enfermera, paciente y familiar.

(59)García Gonzalez, Ma. de Jesus. Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. P. 213.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>Necesidad de ropa adecuada en el hospital.</p>	<p>Alteración de la imagen corporal manifestado por el aumento del perímetro abdominal y le dificulta ponerse camisas o pijamas de su talla, pues no le cierran y le molesta por la distensión abdominal.</p> <p>No tiene los recursos económicos necesarios para vestir ropa y calzado adecuados por el edema de miembros inferiores, no le gusta su imagen corporal.</p>	<p>1.-Mejorar el estado de salud del organismo mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidad y proporcionar medidas de comodidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para tener mejor estado de ánimo. - Comodidad e higiene pues la ropa de cama y bata porta microorganismos y así disminuye riesgos de infección. 	<p>Proporcionar ropa adecuada en el hospital, bata de algodón y pantuflas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente sobre el arreglo, rasurado de barba y peinarse. - Cambio de bata posterior al baño y cuando sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta la bata de hospital. -Se levanta de su camilla y se sienta en la silla. -Independencia. -Se peina, acepta su cambio de ropa personal y de su cama con gusto y se comunica con sus familiares. - Refiere sentirse cómodo.

Necesidad Real.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivos.	Intervenciones de Enfermería.	Evaluación.
<p>De vivir según sus valores y creencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Busca ayuda espiritual. -Angustia espiritual. -Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales. -Trastorno en sus creencias y valores, disminuye su esperanza -Sentimientos de culpa ante su familia y dios. -Desesperanza estado emocional subjetivo y mantenido y no ve alternativas o elecciones personales disponibles para resolver sus problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atender a las necesidades espirituales del paciente. - Apoyar al paciente en la práctica de sus valores, respetando su dignidad y formación humana y cristiana. -Evitar recaídas del paciente. - Afrontar su propia situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sollicitar un sacerdote por solicitud del paciente e informar en trabajo social, comunicándole a sus familiares. - Se pide al paciente mientras llega el sacerdote, haga interiormente el acto de contrición y pida a dios perdón de sus culpas. - Concientizar al paciente que la bebida afecta su salud y provoca complicaciones, por lo tanto evitar ingerir alcohol por cualquier pretexto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posterior a la confesión, se siente en paz consigo mismo y con los demás, refiere el paciente. - Duerme más tranquilo, más cooperador y desea sanar para integrarse a la sociedad. - Refiere que si se mejora, piensa cambiar su estilo de vida y seguir trabajando para recuperar y gozar a su familia y seguir el tratamiento y las indicaciones.

4. Plan de Alta

El plan de alta fue estructurado en coordinación con el equipo de salud.

4.1 Plan de alta del médico tratante.

- Alta a su domicilio y control con su médico familiar para estudios complementarios.
- Retiro de sonda Foley y venoclisis.
- Ranitidina 1 tab. Cada 12 hrs. vía oral.
- Espironolactona 25 mg. v.o. cada 6 hrs.
- Neomicina 1 gr. v.o. cada 8 hrs. por cinco días mas.
- Ampicilina 500 mg. v.o. cada 6 hrs. por 3 días mas.
- Vitamina B12, 1 tab. Cada 12 hrs. v.o.
- Dieta hepatópata de 2000 a 3000 cal. por día, hiposódica baja en grasas, rica en vitaminas.
- Control de líquidos por vía oral, de 500 a 1000 ml. por día.
- En caso de distensión abdominal y dificultad respiratoria, acudir al servicio de urgencias.
- En caso de sangrado a cualquier nivel, asistir a urgencias; cita abierta las 24 hrs.
- No ingerir bebidas alcohólicas.

4.2 Plan de alta de dietología.

Recomendaciones para ingerir una dieta de hepatópata de 2000 a 3000 calorías al día, variada para cada día de la semana.
Se le dan sus hojas de dietología a sus familiares.

4.3 Plan de trabajo social.

La participación de trabajo social encaminada a elaborar su estudio socioeconómico, actualización y orientación en sus trámites de sus estudios, así como administrativos para continuar con la vigencia de derechos; y

elaboración de un comprobante de que estaba encamado en el servicio de urgencias, para justificar en su trabajo, pues lo tiene asegurado su hijo, pues él no tiene seguro social, porque trabaja de chofer.

4.4 Plan de alta de enfermería.

- Se retira sonda Foley y observación de la primera micción.
- Retiro de venoclisis.
- Recomendaciones de higiene, baño diario, aseo bucal, etc.
- Recomendaciones a paciente y familiar que continúe con su dieta prescrita por su médico, sin grasas, sin sal, etc.
- Sugerencias de supresión de alcohol.
- Recomendación de asistir inmediatamente a alcohólicos anónimos, para estimularlo a dejar de beber.
- Recomendaciones a familiar y paciente que continúe tomando sus medicamentos con horario.
- Que continúe con su tratamiento y sus estudios prescritos por el médico, control con su médico familiar (hepatograma, esofagoscopia).
- Control de líquidos por vía oral, estimulando que no consuma mas de 1000 ml. en 24 hrs., para evitar edema y ascitis.
- Seguir reposo relativo, para proteger su hígado.
- Recomendar a sus familiares, la observación de su piel, si aumenta el color amarillento o presencia de rascado con sangrado a cualquier nivel (melena, hematemésis, epixtasis).
- Medir y observar si aumenta el perímetro abdominal.
- Concienciar al paciente sobre su enfermedad para evitar sus complicaciones.
- Apoyo familiar para estimular a su enfermo a seguir adelante.
- Cita abierta a urgencias.
- El paciente y familia ya fueron informados acerca de los signos y síntomas que indican la eminencia de complicaciones.
- Sugerencia importante. Que después de que el paciente ha dejado el alcohol, continuar con su tratamiento.

5. Evaluación del proceso de enfermería.

El proceso de atención de enfermería fue llevado a cabo en la forma planeada, una experiencia diferente en forma individual, se enteró el paciente del curso de su enfermedad y existió mucha colaboración del familiar al explicarle de este proceso, y el apoyo del equipo de salud; se llevaron a cabo todas las intervenciones de enfermería, aún las no anotadas, como los procedimientos de rutina, signos vitales, toma de exámenes de laboratorio, tendido de cama, etc.

En ocasiones había mucho trabajo, y no se llevó a cabo el proceso, pero en la última hora o al otro día, se retomaba el plan.

Con la planificación de intervenciones, se evitaron nuevos daños hepáticos y mejoró la condición general del paciente, y tiene una función respiratoria normal y no experimenta disnea, ya no presentó prurito ni dolor, disminuyó su ascitis, presentó micción espontánea sin retención urinaria, posterior al retiro de sonda Foley, aumentó su hemoglobina posterior a su transfusión a 11.5 gr./dl., mejoró su apetito, disminuyó el estado nauseoso y se quitó vómito, fue aceptando su dieta poco a poco; al darse de alta el paciente se encuentra orientado en su persona, lugar y tiempo.

Los objetivos de este plan de cuidados o intervenciones fueron logrados, aunque al principio fue difícil la intervención con sus familiares y el paciente sobre su historia clínica personal, y la aceptación y confrontación de su necesidad espiritual y la aceptación de su alcoholismo como una enfermedad; si se logró la independencia física y en sus necesidades básicas.

El paciente actualmente se encuentra en su casa en fase de recuperación, aparentemente tranquilo asistiendo a la asociación de alcohólicos anónimos, con control del ADEC (atención de enfermos crónicos), refieren los familiares que en ocasiones lo ven ansioso, nervioso y a veces deprimido y en ocasiones animado, pues refiere sentirse bien para seguir adelante, aunque le está costando mucho trabajo dejar de beber alcohol.

6. Conclusiones.

El proceso de atención de enfermería, según el modelo de Virginia Henderson, es una herramienta que nos da bases para un ejercicio profesional científico, humanístico e independiente para proporcionar intervenciones de calidad al individuo sano o enfermo en base a sus necesidades, y lograr las metas de la enfermería.

Este proceso ayuda a la enfermera a captar la prioridad de sus necesidades reales o potenciales, jerarquizando de acuerdo a sus signos y síntomas, tanto subjetivos como objetivos.

Es de suma importancia escribir el proceso de enfermería, para aplicarlo y llevarlo a la práctica y así detectar nuevas necesidades no captadas, proporcionando a tiempo éstas intervenciones y así evitar la rutina.

La desventaja de éste proceso es que no se lleva a cabo cuando hay exceso de trabajo y poco personal, lo cual disminuye la calidad de atención.

La enfermera debe planificar intervenciones que evitarán nuevos daños hepáticos y mejorarán la condición general tanto física como mental, y lograr su independencia para reintegrarlo a la sociedad, o en su defecto evitar las complicaciones posibles, pues su pronóstico es incierto en éste paciente.

El proceso de atención de enfermería es muy útil e importante, pues ayuda a elevar la calidad de vida del individuo sano o enfermo.

7. Sugerencias.

Que el proceso de atención de enfermería se lleve a cabo en todos los hospitales, en todos los pacientes, en todas las patologías y en todos los turnos, todos los días del año, pues la desventaja de éste proceso que realicé, solo yo lo realizaba en mi turno y en los días que lo asistía, menos en mis descansos, y nadie más continuaba el proceso, solo los familiares.

Que se promueva éste proceso en las nuevas generaciones de la ENEO, en forma de talleres y se lleve a cabo en la práctica.

Que se manejen los diagnósticos de la NANDA.

Las licenciadas en enfermería deben de llevar a cabo éste proceso y transmitir a las enfermeras generales la importancia de llevarlo a cabo en forma holística, para aplicar y crear todas las innovaciones científicas, para elevar el nivel profesional y así ser más reconocidas, por ser más independientes.

Concienciar a las estudiantes, auxiliares de enfermería, enfermeras generales de conocer y llevar a la práctica éste proceso de atención de enfermería.

Bibliografía

Altschul, A.

Manual de Enfermería Psicológica.
Serie Manuales. SME de Enfermería.
Editorial Continental, S.A. de C. V.

Atkinson, Leslie.

Proceso de Atención de Enfermería
Ed. El Manual Moderno, S. A de C. V.
México 1995.

Beare / Myers.

Enfermería Principios y Práctica.
Ed. Médica Panamericana.
1ª. Edición, Tomo 4, pp. 1648.

Boyd, William.

Introducción al estudio de las enfermedades.
Ed. Limusa. pp. 429

Brunner, Suddarth

Enfermería Médico Quirúrgica.
Ed. Interamericana.
Vol. 1, 6ª.edición.
1999.

Carpenito, Linda Juall.

Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería.
Editorial Nursing, Consultan Mickleton.
1981, pp. 1200.

Carpenito, Linda Juall.

Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica.
Editorial Nursing, Consultan Mickleton.

Chandrasoma, Paracrama, Clive R. Taylor
Compendio de Patología
Ed. El Manual Moderno
México, D.F. 1995.

Dajer, F., Guevara L., Arosionena L.,
Consideraciones sobre Epidemiología de la Cirrosis Hepática.
Rev. Investigación Clínica México. 30: pp.13-20

Eseverri Ch. Cecilio
Enfermería, agentes de humanización.
Colección Selene 32
Bogotá, Colombia, 1991.

García González, María de Jesús.
El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson
Ed. Progreso, S. A.
1ª. Ed. 1997.
pp. 320.

Gardner-Osburn
Anatomía Humana
Ed. Interamericana
pp. 437

Guyton G. Arthur.
Fisiología Humana
Ed. Interamericana.
pp. 439.

Harrison.
Medicina Interna.
Tomo II, 5ª. Ed.
Ed. Científicas, la Prensa Médica, S.A.
México, 1981, pp. 1907.

Harrison.
Principios de Medicina Interna.
Vol. II, 14ª. Ed.
Ed. McGraw Hill. Interamericana.
pp. 2941.

Marriner, Ann.
El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque Científico.
Ed. El Manual Moderno, S. A de C. V.
México, 1983.

Quiroz, Gutierrez, F.
Anatomía Humana.
Tomo III, 2º. Ed.
Editorial Porrúa, Méx. pp. 181.

Robbins L. Stanley, Marcia Angell
Patología Básica
2ª. Ed. , Editorial Interamericana.

Ugalde Apalategui, Mercedes ,Assumpta Rigoli, Cuadra
Diagnóstico de Enfermería, Taxonomía NANDA
Ed. Masson S. A.
1994.

Villalobos Perez, Dr José de Jesús.
Introducción a la Gastroenterología.
Ed. Mendez Editores, S.A. de C.V.
3ª. Edición. pp. 967.

Wolf, Wertzel, Zornow, Zschar.
Curso de Enfermería Moderna.
Editorial Harla México
7ª. Edición., pp. 967.

Zermeño Torres, Emilio.
Algunos datos sobre el consumo de alcohol en estudiantes
La Palabra, 1999. Revista Española.

Revista Computo.

<http://www.arrakis.es/iea/drogas/alcotest.html>. Pag. 6

Revista Computación.

<http://www.gastrohym/arrakis/es/cirrosis/sido001.html>

Glosario

Proceso de atención de enfermería.- Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales, que incluye a la familia o la comunidad.

Enfermería.- Es la ciencia y el arte del cuidado integrado y comprensivo y tiene la función de asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación

(o una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin la ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y ayudarlo de adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Diagnóstico de enfermería.- Consiste en un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad. Basado en la recogida de datos realizada en la etapa de valoración y su posterior análisis, que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad.

Cirrosis hepática.- Es la respuesta del hígado a la necrosis hepatocelular, existe un daño extenso del hígado que origina cicatrización fibrosa y nodular que deforma el armazón del tejido conectivo y vascular intrahepático.

Alcoholismo.- Es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal. Es el consumo exagerado de alcohol que ocasiona al bebedor problemas físicos, de salud, mentales, psicológicos, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales.

Etiología.- Es la causa o los factores que contribuyen en un problema, diagnóstico de enfermería o enfermedad.

Datos objetivos.- Son los que se pueden observar y/o medir, se obtiene por medio del examen físico, ejem. Temperatura.

Datos subjetivos.- Son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor, y se obtiene mediante el interrogatorio.

" HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA "

FECHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Fecha de Admisión: _____ Hora: _____
 Procedencia: _____ Fuente de información: _____
 Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia/persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de - Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungüales y peribuca: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿ Padece insomnio?: _____

A qué considera que se deba: _____

¿ Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿ Infiere su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir _____

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____

¿ Su creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____

Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptación a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del enfermo físico: _____

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de : Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular: tono/resistencia/flexibilidad: _____

Postura: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Disnea habitual (tipo): _____ *Numero de comidas diarias:* _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problema de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/seca: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ *características de las heces, orina y menstruación:* _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ *Hemorroides:* _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Cómo influye las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo: _____

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

3.- Necesidades básicas de: Comunicación, vivir según sus creencias ya valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidades de comunicarse

Estado civil: _____ - Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo: _____

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿ Su creencia religiosa le genera conflicto personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo:

Hábito específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿ Permite el contacto físico? _____

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

c) necesidad de trabajar y realizarse

¿ Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgo: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿ Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿ Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega? _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____

¿ existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿ Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____

Otros: _____

e) necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿ Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo_

Estado del sistema nervioso: _____

Órgano de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

e) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ *Después de eliminar:* _____

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higienicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

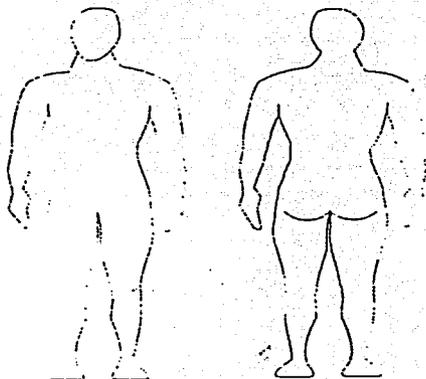
Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, qué tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



d) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

<i>Necesidad</i>	<i>Grado de dependencia</i>	<i>Diagnóstico de enfermería</i>
1.- Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2.- Nutrición/ hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3.- Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4.- Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5.- Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7.- Termoregularización	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8.- Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
9.- Evita peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
10.- Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

11.-Vivir según sus creencias y valores	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
12.-Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13.-Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14.-Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

◆ (I) Independiente (PD) Parcialmente Dependiente (D) Dependiente