



INSTITUTO MARILLAC I.A.P  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
INCORPORADA A LA UNAM

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A J.B.G CON DIAGNÓSTICO DE  
INSUFICIENCIA HEPÁTICA.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

“López Martínez Conrado”

ASESORA:

L.E.O. Yesica Cerón Sotelo.

CIUDAD DE MÉXICO

FECHA: SEPTIEMBRE 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Contenido

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
1.1 General:.....	7
2.1 Específicos:.....	7
<b>III. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
1.1 Enfermería .....	8
2.1 Proceso de Atención de Enfermería.....	8
3.1 Plan de Cuidados Estandarizado.....	8
4.1 Plan de Cuidados Individualizado .....	9
5.1 La enfermería como disciplina.....	9
6.1 Dimensión Histórica.....	9
7.1 Dimensión Filosófica-Epistemológica.....	9
8.1 Metaparadigma de enfermería .....	10
9.1 Cuidado.....	10
10.1 Persona.....	11
11.1 Salud.....	11
12.1 Entorno.....	11
13.1 Dimensión Teórica.....	12
14.1 Teorías en enfermería.....	12
15.1 Filosofías enfermeras.....	12
16.1 Modelos enfermeros .....	12
17.1 Escuelas de Enfermería .....	13
18.1 Dimensión Metodológica .....	14
19.1 Método de enfermería .....	14
20.1 Valoración:.....	14
21.1 Diagnóstico: .....	15
22.1 Planeación: .....	15
23.1 Ejecución:.....	15
24.1 Evaluación:.....	15
25.1 Lenguaje de Enfermería (Taxonomía) .....	16
26.1 Clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA).....	16
1.1 Diagnóstico enfermero enfocado en el problema: .....	16

2.1	Diagnóstico enfermero de riesgo:.....	17
3.1	Diagnóstico enfermero de promoción de la salud .....	17
4.1	Diagnósticos de enfermería de síndrome. ....	17
<b>27.1</b>	<b>Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....</b>	<b>17</b>
<b>28.1</b>	<b>Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) .....</b>	<b>18</b>
<b>29.1</b>	<b>Dimensión práctica.....</b>	<b>18</b>
5.1	Asistencia.....	19
6.1	Gerencia .....	19
7.1	Investigación.....	19
8.1	Docencia .....	19
<b>IV.</b>	<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>21</b>
<b>V.</b>	<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>22</b>
<b>30.1</b>	<b>Ficha de identificación .....</b>	<b>22</b>
<b>31.1</b>	<b>Valoración de enfermería .....</b>	<b>23</b>
9.1	Valoración cefalopodálica 28 de Diciembre .....	23
10.1	Valoración por necesidades.....	24
<b>32.1</b>	<b>Diagnóstico. Grado de dependencia (análisis).....</b>	<b>28</b>
<b>33.1</b>	<b>Planeación .....</b>	<b>35</b>
11.1	Modelo Área .....	35
<b>VI.</b>	<b>Ejecución y Evaluación.....</b>	<b>36</b>
<b>VII.</b>	<b>PLAN DE ALTA .....</b>	<b>79</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>80</b>
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS.....</b>	<b>82</b>
<b>X.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
<b>34.1</b>	<b>Anexo I Consentimiento Informado.....</b>	<b>86</b>
<b>35.1</b>	<b>Anexo II Instrumento de valoración Virginia Henderson 14 necesidades .....</b>	<b>87</b>
<b>36.1</b>	<b>Anexo III (tabla de disociación de hemoglobina .....</b>	<b>106</b>
<b>37.1</b>	<b>Anexo V (Evaluación nutricional).....</b>	<b>108</b>
<b>38.1</b>	<b>Anexo VI Escala Bristol Heces.....</b>	<b>109</b>
<b>39.1</b>	<b>Anexo VII Escala Daniels .....</b>	<b>110</b>
<b>40.1</b>	<b>Anexo VIII Autonomía de la vida diaria barthel.....</b>	<b>111</b>
<b>41.1</b>	<b>Anexo IX Cuestionario de oviedo del sueño .....</b>	<b>113</b>
<b>42.1</b>	<b>Anexo X Escala Braden Ulceras por presión .....</b>	<b>116</b>
<b>43.1</b>	<b>Anexo XI Escala Dowton Riesgo de caídas.....</b>	<b>117</b>
<b>44.1</b>	<b>Anexo XII Cribado Ansiedad Depresión Escala de Goldberg .....</b>	<b>118</b>
<b>45.1</b>	<b>Anexo XIII Apgar Familiar.....</b>	<b>120</b>
<b>46.1</b>	<b>Anexo XIV Cuestionario Duke percepción social.....</b>	<b>122</b>
<b>47.1</b>	<b>Anexo XV Deterioro cognitivo test Pfeiffer .....</b>	<b>124</b>

<b>48.1</b>	<b>Anexo XVI Cuestionario de funcionamiento sexual .....</b>	<b>125</b>
<b>49.1</b>	<b>Anexo XVII Índice de sobrecarga del cuidador .....</b>	<b>127</b>
<b>50.1</b>	<b>Anexo XVIII Anatomía y fisiología.....</b>	<b>128</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La realización y la importancia del proceso atención de enfermería (P.A.E) aplicado, es para obtener una mejor eficiencia al brindar un cuidado holístico y cubrir las necesidades que se encuentren alteradas aplicando intervenciones que nos permitan realizar acciones para modificar el proceso de su enfermedad que implica al usuario de salud con Insuficiencia Hepática.

Los últimos 20 años, en México la cirrosis se mantiene como una de las diez principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres<sup>1</sup>.

En 2013, más de 23,000 personas murieron por cirrosis en México, casi tres cuartas partes fueron del sexo masculino.<sup>2</sup>

Las principales complicaciones de la cirrosis hepática se relacionan con la hipertensión portal hemorrágica, la encefalopatía y la ascitis refractaria, las infecciones que evolucionan a sepsis grave y desde luego la mal nutrición que afecta la sobrevida del usuario de salud.<sup>3</sup>

Desde el punto de vista de enfermería se desarrolla un P.A.E que consta de valoración, diagnósticos enfermeros, una planeación, la ejecución de las intervenciones planteadas y una evaluación que nos permite proporcionar cuidados individualizados de acuerdo a las respuestas humanas ayudando al usuario de salud a favorecer la recuperación total o parcial y la incorporación a su entorno sociocultural.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas donde la enfermería otorga un rol complementario o de suplencia en la satisfacción de las 14 necesidades básica de la persona.

Se utilizaron diferentes instrumentos para la recolección de datos dentro de estos fueron: Instrumento de valoración Virginia Henderson (14 necesidades), tabla de disociación de hemoglobina, escala modificada de disnea, escala de evaluación nutricional, escala bristol heces, escala daniels, escala de autonomía de la vida diaria barthel, cuestionario de oviedo del sueño, escala braden úlceras por presión, escala

---

<sup>1</sup> SECRETARÍA DE SALUD. (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. 24/02/2019, de Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño Sitio web: [www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html)

<sup>2</sup> Ibídem

<sup>3</sup> Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Secretaría de Salud año de autorización 2009.

downton riesgo de caídas, cribado ansiedad y depresión, escala de goldberg, apgar familiar, cuestionario duke percepción social y cuestionario de funcionamiento sexual. Con todas las escalas se logra la valoración del paciente para elaborar los diagnósticos de acuerdo a cada una de las necesidades alteradas, se jerarquizan de acuerdo al proceso vital del paciente para planear las intervenciones que se ejecutan para apoyar al proceso de salud del paciente, posteriormente se evalúa cada una de estas actividades que se desarrollan para corroborar si se lograron los resultados esperados.

## II. OBJETIVOS

### 1.1 General:

Aplicar y ejecutar el Proceso de Atención de Enfermería de una manera óptima para proporcionar los cuidados con base en el modelo de Virginia Henderson, identificando cada una de las necesidades alteradas, con la finalidad de aplicar y proporcionar un cuidado holístico y de calidad ayudando en su proceso salud enfermedad.

### 2.1 Específicos:

- ✓ Identificar las principales necesidades reales y potenciales en el usuario de salud.
- ✓ Aplicar un plan de cuidados individualizado con la finalidad de brindar cuidados que ayuden a mejorar el estado de salud del paciente.
- ✓ Contribuir a la recuperación total o parcial del usuario de salud, para que pueda reincorporarse a su entorno.
- ✓ Fomentar acciones que permitan disminuir los riesgos que puedan interferir en la recuperación de la salud.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Enfermería**

“La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los usuarios de salud y los sistemas de salud, y la formación”<sup>4</sup>.

#### **2.1 Proceso de Atención de Enfermería**

“Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo”<sup>5</sup>.

#### **3.1 Plan de Cuidados Estandarizado**

El Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) es el instrumento que permite, facilita y optimiza la labor asistencial enfermera, ofreciendo al usuario de salud la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica. En definitiva, el PCE es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos usuarios de salud que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. No debemos olvidar que los PCE servirán como modelo enfermero y que necesariamente tendremos que personalizarlo para su aplicación concreta<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Definición de enfermería. 15-05-2018, de Consejo internacional de enfermeras Sitio web:

<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/la-definicion-de-enfermeria-del-cie-618.html>

<sup>5</sup> Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4

<sup>6</sup> Charrier, J. Ritter, B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Ed. Masson. Elsevier España. 2005. Madrid.

#### **4.1 Plan de Cuidados Individualizado**

Los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria (con cada usuario de salud según sus necesidades específicas) será indudablemente necesario para hacer la diferencia.<sup>7</sup>

Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto.<sup>8</sup>

#### **5.1 La enfermería como disciplina.**

Se considera disciplina, porque cuenta con conocimientos rigurosos y sistemáticos propios que explican, analizan y confieren conocimientos ordenados y sistematizados, asume una serie de principios humanos y éticos que posibilitan el proporcionar cuidado integral.

Cuenta con una dimensión histórica, dimensión filosófica-epistemológica, dimensión teórica, dimensión metodológica y dimensión práctica.<sup>9</sup>

#### **6.1 Dimensión Histórica**

De los avances más importantes para la enfermería en los últimos años, ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo y los colectivos como objeto de estudio, lo cual ha servido de punto de partida para reflexionar sobre los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que han sustentado su saber y su práctica como profesión<sup>10</sup>

Históricamente el cuidado existe desde el comienzo de la vida, de acuerdo a Collière, su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se inscribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula en la lucha contra la muerte. Desde tiempos remotos, Florence Nightingale preocupada por las condiciones del ambiente en torno al paciente y el cuidado de enfermería, hizo importantes mejoras a las prácticas de enfermería al comprobar que los cuidados brindados tenían una importante influencia en los resultados finales de atención.<sup>11</sup>

#### **7.1 Dimensión Filosófica-Epistemológica**

La filosofía de la enfermería es de vital importancia para la práctica profesional. Comprende el sistema de creencias de la enfermera profesional e incluye también una

---

<sup>7</sup> Rosa A. Zarate Grajales La Gestión del Cuidado de Enfermería Índex Enferm vol.13 no.44-45 Granada 2004

<sup>8</sup> Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaria de salud mayo 2018

<sup>9</sup> Sotomayor, S.M. (2011), Naturaleza de la enfermería (Manuscrito no publicado). México: UNAM/ENEO/SUA.

<sup>10</sup> Sonia Duque Cardona Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento sitio web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>

<sup>11</sup> Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaria de salud mayo 2018

búsqueda de conocimientos. El sistema de creencias y la comprensión determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define en gran medida su manera de actuar.<sup>12</sup>

Uno de los componentes de la disciplina de enfermería lo constituye la dimensión filosófica epistemológica, de los cuales se desprende el metaparadigma o conceptos básicos.

### **8.1 Metaparadigma de enfermería**

Es la perspectiva de conjunto de la disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones; así mismo, son los conceptos globales que identifican el fenómeno central para el interés de una disciplina, las proposiciones globales que enuncian la relación entre los conceptos.<sup>13</sup>

Cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica. Para la comprensión del contenido, objetivos e implementación del modelo del cuidado.<sup>14</sup>

### **9.1 Cuidado**

Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por si sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.<sup>15</sup>

Virginia Henderson lo define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al

---

<sup>12</sup> Dr. Arturo Puga García, Filosofía y ciencia de la enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. Gaceta Médica Espirituana 2007 sitio web: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)\\_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_18/p18.html)

<sup>13</sup> Cardenas, M. (2011) El objeto de estudio y los núcleos básicos disciplinares México UNAM/ENEO

<sup>14</sup> Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaría de salud mayo 2018

<sup>15</sup> Ibidem

usuario de salud a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero".<sup>16</sup>

## 10.1 Persona

Individuo, familia, grupo o comunidad, entendido desde un marco holístico humanista, el individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una "interacción del todo"<sup>17</sup>

Virginia refiere que es un individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influye por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.<sup>18</sup>

## 11.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "Un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad"

Virginia la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- ✓ Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- ✓ Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- ✓ Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- ✓ Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).<sup>19</sup>

## 12.1 Entorno

Florence Nightingale, decía que las condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes y que el fomento de mejoras en las condiciones de vida modifican el estado social de la población.<sup>20</sup>

Virginia Henderson sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera los

---

<sup>16</sup> Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería

<sup>17</sup> Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaria de salud mayo 2018

<sup>18</sup> Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería

<sup>19</sup> ibidem

<sup>20</sup> Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaria de salud mayo 2018

servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.<sup>21</sup>

### **13.1 Dimensión Teórica**

Es un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.<sup>22</sup>

### **14.1 Teorías en enfermería**

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad.

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Algunas teorías de enfermería

- ✓ Florence Nightingale. “Teoría Del Entorno”.
- ✓ Dorothea Orem. “Teoría General De La Enfermería”.
- ✓ Imogene King. “Teoría Del Logro De Metas”.<sup>23</sup>

### **15.1 Filosofías enfermeras**

La filosofía enfermera establece el significado de los fenómenos de la enfermería mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.<sup>24</sup>

Comprende el sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por lo tanto, determinar la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.

### **16.1 Modelos enfermeros**

Los modelos conceptuales de enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y producen evidencias entre fenómenos específicos de su disciplina, abordan conceptos de metaparadigmas extensos (seres humanos, salud, enfermería y entorno) que son centrales para su significado en el contexto de un marco

---

<sup>21</sup> Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería

<sup>22</sup> ibidem

<sup>23</sup> ibidem

<sup>24</sup> ibidem

organizativo particular y de la disciplina enfermera, proporcionan perspectivas con diferentes focos para el pensamiento crítico sobre personas, familias y comunidades, y para tomar decisiones de enfermería basadas en el contenido.<sup>25</sup>

### **17.1 Escuelas de Enfermería**

Suzanne K rouac propone una clasificaci3n de los modelos y teorías, las cuales denomina escuelas de pensamiento, en ellas busca un nivel de relaci3n y es el de orientaci3n, que se constituye por las escuelas del pensamiento enfermero.<sup>26</sup>

De acuerdo a sus características filos3ficas y científicas podemos identificar seis concepciones de la disciplina en enfermaría con diferencias significativas. Estas corrientes denominadas escuelas son:

- ✓ Escuela de las necesidades: El cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacci3n de las necesidades fundamentales o en la capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. Los modelos que presentan estas características son los de Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Adbellah, entre otros.<sup>27</sup>

Virginia Henderson desarroll3 su modelo conceptual utilizando teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar a la persona, y porque aclara y ayuda a la funci3n propia de las enfermeras.<sup>28</sup>

- ✓ Escuela de la interacci3n: Sustenta que el cuidado de enfermería es una relaci3n humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el diálogo y la interacci3n r ciproca entre la enfermera y el usuario de salud. Los representantes de esta escuela, que Suzanne K rouac incluye son; Hildegard Peplau, Ida Orlando e I. King
- ✓ Escuela de los efectos deseables: se identifican por el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuaci3n. Dentro de esta escuela se encuentra Callista Roy y Betty Neuman.

---

<sup>25</sup> ibidem

<sup>26</sup> Mtra. María Guadalupe Rosales L3pez, Rosario H. Bases filos3ficas de enfermería Antología 2019

<sup>27</sup> ibidem

<sup>28</sup> María José  lvarez Gonzalez, Irune A.. (2004). Guía de Práctica Clínica Cuidados críticos de enfermería. Hospital Txagorritxu

- ✓ Escuela de Promoción a la salud: destaca el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. Moira Allen y Nola Pender son representantes de esta escuela.
- ✓ Escuela del ser humano unitario: demuestran el interés por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería, representada por Martha Rogers, Margaret Neuman y Rosemarie Rizzo.
- ✓ Escuela del Caring: la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denomina caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Los principales exponentes son Madelein Leininger y Jean Watson.<sup>29</sup>

### **18.1 Dimensión Metodológica**

La metodología estudia las cuestiones que afectan al modo como se debe desarrollar la estrategia consciente o método científico para la solución de problemas.<sup>30</sup>

En paralelo al desarrollo de los modelos teóricos (Teoría Enfermera), en la década de 1950 se propone a los profesionales un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería. En 1955 Hall menciona por primera vez la necesidad de “un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones eficazmente”.<sup>31</sup>

### **19.1 Método de enfermería**

El proceso enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico.<sup>32</sup>

### **20.1 Valoración:**

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del usuario de salud a través de diversas fuentes: éstas incluyen al usuario de salud

---

<sup>29</sup> Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería

<sup>30</sup> Rodríguez, S. Método vs Metodología México UNAM ENEO 2011

<sup>31</sup> Ramón Gallego Metodología enfermera Lenguajes estandarizados Facultad de enfermería primera edición 2015

como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al usuario de salud. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia<sup>33</sup>.

### **21.1 Diagnóstico:**

La segunda fase es un enunciado del problema real o en potencia del usuario de salud que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un juicio clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

### **22.1 Planeación:**

En esta fase se trata de establecer los resultados esperados y plantear los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados<sup>34</sup>.

### **23.1 Ejecución:**

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ✓ Continuar con la recogida y valoración de datos.
- ✓ Realizar las actividades de enfermería.
- ✓ Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- ✓ Dar los informes verbales de enfermería,
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizado.

La continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas<sup>35</sup>.

### **24.1 Evaluación:**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario de salud y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un

---

<sup>33</sup> UNAM El proceso de Atención de Enfermería 2013 Sitio web: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

<sup>34</sup> ibidem

<sup>35</sup> ibidem

juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios<sup>36</sup>.

## **25.1 Lenguaje de Enfermería (Taxonomía)**

Las clasificaciones de la enfermería tienen origen en sistemas estandarizados del lenguaje de la enfermería y fueron desarrolladas con el objetivo de separar, codificar y ordenar los fenómenos útiles en salud, direccionando a los alumnos y enfermeros a considerar posibilidades y descripciones estudiadas y establecidas previamente. Las clasificaciones North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC) son utilizadas también en el proceso de enfermería como apoyo a la identificación de los diagnósticos de enfermería (DE), de los resultados y de las intervenciones, además de permitir juicios clínicos más asertivos<sup>37</sup>

## **26.1 Clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA)**

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados; el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión. Desde sus orígenes, la clasificación NANDA está siendo objeto de modificaciones, ampliaciones y reestructuraciones<sup>38</sup>

### **1.1 Diagnóstico enfermero enfocado en el problema:**

Juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> UNAM El proceso de Atención de Enfermería 2013 Sitio web: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

<sup>37</sup> Karolina Vitorelli Diniz Lima Fagundes 15-12-14 Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres sitio web <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36942/60884>

<sup>38</sup> Cristina Francisco del Rey Esperanza Ferrer Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC Fundamentos de enfermería sitio web

[http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar\\_betancourt/apuntes/recurso\\_883.pdf](http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf)

<sup>39</sup> NOM 019 SSA3 2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF 02 09 2013

## **2.1 Diagnóstico enfermero de riesgo:**

Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología<sup>40</sup>

## **3.1 Diagnóstico enfermero de promoción de la salud**

Un diagnóstico de promoción de la salud es un juicio clínico, el cual tiene como objetivo realizar estrategias, brindar motivación e información para mantener el bienestar y el control de una persona, familia o comunidad. Por lo tanto este diagnóstico se podrá aplicar en distintas situaciones para llegar a una meta establecida<sup>41</sup>.

## **4.1 Diagnósticos de enfermería de síndrome.**

Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: Problema de salud; Etiqueta diagnóstica, describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes. Ejemplo: Síndrome traumático de la violación.<sup>42</sup>

## **27.1 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**

La clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, siglas en inglés de Nursing Outcomes Classification) contiene la clasificación estandarizada de los nombres y las definiciones de los resultados para su uso en la práctica, la educación y la investigación. Cada resultado incluye una etiqueta de identificación; una definición; un

<sup>40</sup> Observatorio de Metodología de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería de Observatorio de Metodología de Enfermería Sitio web:[http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=109#ancla2](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=109#ancla2)

<sup>41</sup> Oscar Osorio Solache Responsable de contenidos Raúl Garate 2014 PROMOCIÓN DE LA SALUD Consultado en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

<sup>42</sup> Observatorio de Metodología de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería Observatorio de Metodología de Enfermería Sitio web:[http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=109#ancla2](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=109#ancla2)

<sup>42</sup> Cristina Francisco del Rey Esperanza Ferrer Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC Fundamentos de enfermería siti web [http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar\\_betancourt/apuntes/recurso\\_883.pdf](http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf)

grupo de indicadores que describen estados, percepciones o conductas específicos relacionados con el resultado; una escala de medida tipo Likert de 5 puntos, y una selección de la bibliografía utilizada en el desarrollo del resultado. Los resultados ayudan a las enfermeras y a otros profesionales sanitarios a evaluar y cuantificar el estado del usuario de salud, del cuidador, de la familia o de la comunidad. La clasificación se centra en la medición de los resultados en diversas especialidades y entornos, y contiene resultados para emplear a lo largo de toda la vida. Las enfermeras que incorporan la NOC en su práctica pueden cuantificar el cambio en el estado del usuario de salud después de las intervenciones y monitorizar su progreso.

### **28.1 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**

Es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del usuario de salud. Las intervenciones de enfermería pueden ser directas o indirectas. Una intervención de enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el usuario de salud y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con él mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo. Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el usuario de salud pero en beneficio del mismo o de un grupo de usuario de salud<sup>43</sup>

### **29.1 Dimensión práctica**

Desde hace algunos años las enfermeras han intentado desarrollar la práctica autónoma de la enfermería, quizás como ningún otro grupo profesional ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y gestión en enfermería<sup>44</sup>.

La concepción de enfermería como disciplina solo puede entenderse desde su práctica profesional, la cual ha sido fuente generadora de la filosofía y la teoría de enfermería condición necesaria para otorgarle el carácter disciplinar y no solo profesional.

---

<sup>43</sup> ibidem

<sup>4444</sup> [HERNANDEZ CORTINA, Abdul](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007) y [GUARDADO DE LA PAZ, Caridad](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007). **La Enfermería como disciplina profesional holística**. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2004, vol.20, n.2, pp. 1-1 sitio web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192004000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007)

Lo anterior coadyuvará sin lugar a dudas el dominio y proyección de una práctica profesional, cada día delimitada, autónoma y direccionada a cubrir con ética y calidad sus funciones sustanciales: asistencia, docencia, gestión e investigación.<sup>45</sup>

### **5.1 Asistencia**

Son las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería<sup>46</sup>.

### **6.1 Gerencia**

Provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.<sup>47</sup>

### **7.1 Investigación**

Las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se pueden desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos.<sup>48</sup>

### **8.1 Docencia**

Este movimiento de aproximación representa una forma de educar, y está sujeta al desarrollo de la capacidad de reflexión de los enfermeros profesores, en la busca de una práctica docente que considere tanto los aspectos de capacitación en conocimientos y habilidades, como también basada en la ética y en el respeto a la autonomía de los educandos.

---

<sup>45</sup> Sandoval, L. Garcia Proceso de Enfermería etapa de diagnóstico México UNAM/ ENEO 2010

<sup>46</sup> Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería

<sup>47</sup> ibidem

<sup>48</sup> ibidem

En este contexto, el enfermero que opta por actuar en la docencia precisa repensar sus prácticas de enseñanza del cuidado según sus propias formaciones y actuaciones para que puedan sentirse valorizados no solo como enfermeros, sino también como profesores de enfermería.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Sebold, L.F. Carraro, TE. La práctica pedagógica del docente en enfermería: una revisión integradora de la literatura Enfermería Global Rev. N° 22 abril 2011 sitio web: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/revision4.pdf>

## **IV. METODOLOGÍA**

Para la realización de este proceso enfermero se seleccionó a un paciente el día 28 de Diciembre del 2018 en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzáles.

El caso clínico se llevó en un paciente de 29 años con diagnóstico de insuficiencia hepática, seleccionado por la estadificación que presentaba en la escala Child- pugh 11 pts., que indica la sobrevida del paciente en un 45 %.

Se obtuvo la autorización del paciente por medio del consentimiento informado (Anexo I) comunicándole que los datos proporcionados y hallados son con fines académicos y de investigación.

Se llevaron a cabo tres valoraciones durante su hospitalización; del 28 de Diciembre del 2018 al 9 de Enero del 2019 tomando en cuenta días festivos y fines de semana.

Se maneja un instrumento enfocado en las 14 necesidades de Virginia Henderson así como también diferentes escalas que permitieron valorar al paciente.

Se recopiló información de manera directa, a través de instrumentos de valoración y la exploración céfalo podálica, También se utilizaron fuentes indirectas; la revisión del expediente clínico y la entrevista familiar.

Una vez reunida la información se da paso al análisis de datos subjetivos y objetivos para seleccionar las necesidades alteradas y posteriormente formar los diagnósticos de enfermería basados en los juicios clínicos

Durante la planeación se utilizó una jerarquización de diagnósticos de enfermería para que las intervenciones de enfermería se realizaran de acuerdo a la importancia de la alteración que presente un riesgo a su estado de proceso de salud-enfermedad.

En la ejecución se describen las actividades realizadas con su evidencia científica.

Finalmente en la evaluación se hizo la comparación de los resultados esperados y los cambios que el paciente manifestó.

También se presenta un plan de alta que se emplea para que el paciente tenga una modificación en su estilo de vida.

## V. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### 30.1 Ficha de identificación

Nombre: J. B. Gilberto (JBG) Religión: ateo  
Edad: 29 años Alergias: Negadas  
Fecha de Nac.: 04/febrero/1989 Escolaridad: Primaria  
Peso: 56.7kg Ocupación: Obrero  
Estatura: 1.62 mts Servicio: Medicina Interna  
Diagnóstico principal: Insuficiencia Hepática,  
Secundarios: Bicitopenia (Anemia, trombocitopenia), Desequilibrio Hidroelectrolítico,  
Desequilibrio Ácido Base, a descartar Sepsis Abdominal (Abscesos hepáticos y  
esplénicos a determinar), Lesión Renal Aguda

Antecedentes personales no patológicos: habita en casa propia construida de concreto, cuenta con servicios básicos; agua potable, luz, recolección de basura. Alimentación deficiente. Hábitos higiénicos; baño y cambio de ropa diario. Se desconoce esquema de inmunización.

Antecedentes personales patológicos: niega crónicos degenerativos, quirúrgicos y traumatológico. Niega alergias.

Toxicomanías positivas: inhalación de solventes , consumo de marihuana, etilismo y tabaquismo.

Niega hospitalizaciones previas.

Motivo de ingreso: inicia el 15 de octubre del 2018 con dolor tipo punzante localizado en el hipocondrio derecho de poca intensidad sin irradiación, manifiesta náuseas y vómito de contenido gástrico aproximadamente 3 veces al día, sin recibir atención médica por decisión propia.

El dolor fue en incremento, en noviembre presenta ictericia la cual fue aumentando gradualmente así como fiebre de predominio vespertino.

A finales de noviembre fue llevado por familiares a médico particular que sin solicitar estudios realizó diagnóstico de hepatitis de etiología no especificada. Inicia tratamiento no específico durante 15 días sin mejoría clínica, el 26 de diciembre del 2018 es llevado a Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González

## 31.1 Valoración de enfermería

### 9.1 Valoración cefalopodálica 28 de Diciembre

Cabeza y Cuello	<p>Estado de conciencia; alerta consciente y orientado en espacio tiempo y persona.</p> <p>Cráneo: normo-céfalo sin endostosis o exostosis, pulso temporal ++, implantación homogénea de cabello, se observa grasoso.</p> <p>Ojos; conjuntiva pálida, esclerótica con ictericia, pupila normorefléctica a la luz, hippus pupilar y reflejo foto motor, movimientos oculares normales reflejo corneal positivo.</p> <p>Nariz: narinas permeables sin secreciones, tabique nasal desplazado hacia la izquierda, con O2 por puntas nasales a 3 lts x min.</p> <p>Boca: dentadura incompleta faltan dientes incisivos superiores y premolares superiores e inferiores, gingivitis, lengua saburral, faringe sin hiperemia, úvula en línea media, reflejo nauseoso positivo, mala higiene bucal.</p> <p>Oídos: simétricos, pabellones auriculares con adecuada posición, cerumen en pabellones auriculares, audición a 40dBa.</p> <p>Cuello: cilíndrico sin adenomegalias, pulso carotideo ++, tráquea en línea media, tiroides palpable sin presencia de nódulos.</p>
Tórax	<p>Anterior: normo-líneo, movimientos de amplexión y amplexación, thrill positivo, percusión timpánica, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular sin ruidos agregados.</p> <p>Corazón: Focos cardiacos audibles rítmicos y sincronizados</p> <p>Posterior: signo de Giordano negativo, lordosis y cifosis vertebral.</p>
Abdomen	<p>Globo distendido, red venosa colateral, telangiectasia en flanco izquierdo, ruidos hidro-aéreos 10xmin hipersonoros, percusión timpánica, hipocondrio derecho con hepatomegalia, no presenta signo hepatoyugular. Perímetro abdominal 86 cm, presenta ascitis.</p>
Genitales	<p>Correspondientes a su género y al estadio 5 en la escala de tanner, no presenta nódulos en zona inguinal, sonda vesical permeable sin salida de secreciones, permeable a derivación, se visualiza coluria sin sedimento.</p> <p>Volumen urinario de 1344 ml/día</p>
Extremidad superior	<p>Izquierda: presencia de tatuaje en deltoides con sarcopenia, pulso braquial y radial ++, equimosis en pliegue, fuerza muscular 4/5 en escala de Daniels llenado capilar 3seg.</p> <p>Derecha: sarcopenia, catéter central de inserción periférica (PICC) sin datos de infección, cubierto con apósito transparente, equimosis en muñeca, llenado capilar 3seg, fuerza muscular 4/5 en escala de Daniels</p> <p>Axilas: sin nódulos en región ganglionar.</p>
Extremidades inferiores	<p>Izquierda sarcopenia, pulso dorsal +, fuerza muscular 4/5 en Daniels, llenado capilar 3seg, movimiento de flexión y extensión no doloroso</p> <p>Derecha sarcopenia pulso dorsal +, fuerza muscular 4/5 en Daniels llenado capilar 3seg, movimiento de flexión y extensión no doloroso</p>
Piel	ictericia generalizada

## 10.1 Valoración por necesidades

### 1- Oxigenación

Refiere que fuma marihuana y tabaco así como inhalación de solventes. De acuerdo a la escala de disnea (Anexo IV) el refiere que presenta disnea al andar de prisa o al subir pendientes poco pronunciadas, refiere que su abuelo paterno murió por EPOC.

Se valora por craneal 1 olfatorio sin presentar alteración.

Se encuentra en fase 1 de oxigenación suplementaria por puntas nasales a 3 Lts. x min con una SpO<sub>2</sub> de 88%. FiO<sub>2</sub> (32%) su respiración es profunda, tiene un tórax normolíneo, se valoran campos pulmonares, no se escuchan ruidos agregados, se auscultan los focos cardiacos presentando ruidos perceptibles y sincrónicos; se percuten campos pulmonares, obteniendo un ruido timpánico; los pulsos son rítmicos y con una expansión normal excepto los podálicos dorsales ya que se palpan con disminución de intensidad.

Signos vitales: frecuencia cardiaca de 86 lpm, tensión arterial de 117/64 mmHg con una presión arterial media de 81.6, frecuencia respiratoria 18 rpm

Su gasometría venosa indica un pH 7.46, CO<sub>2</sub> 16.6 mmol/l, PO<sub>2</sub> 51.6 mmHg, SaO<sub>2</sub> 88%, HCO<sub>3</sub> 11.9 mmol/l lo que indica una alcalosis respiratoria.

Su biometría hemática muestra anemia con hemoglobina de 8.4 g/dl el hematocrito de 25.4% los eritrocitos 3.09 10<sup>6</sup>/ul. Considerando los valores de la hemoglobina y oxígeno en sangre de acuerdo a la tabla de disociación de hemoglobina (Anexo III) nos indica que la persona tiene una alcalosis ya que la hemoglobina tiene mayor afinidad al oxígeno y libera el oxígeno a los tejidos con mayor facilidad.

### 2- Nutrición e hidratación

Tiene un peso de 56.7 kilos, una estatura de 1.62mts su (IMC) índice de masa corporal es de 21.8 Kg/m<sup>2</sup> a pesar de que su IMC está indicando que tiene un peso adecuado De acuerdo a la mini evaluación nutricional (Anexo V) realizada el 28 de diciembre del 2018 indica que se encuentra desnutrido, el refiere que ha tenido una pérdida de peso aproximada de 8 a 10 kilos.

Es independiente para la ingesta de alimentos. Su dieta en el hospital es para hepatópata, de 1500 Kcal + 60 gramos de proteínas, aunque el refiere que se sacia con rapidez.

Refiere que ingería 4 cervezas al día.

Su dentadura tiene la pérdida de piezas dentales: los incisivos centrales superiores así como los premolares segundos superiores e inferiores, presenta halitosis, gingivitis y su lengua saburral su higiene bucal es mala aunque refiere que se cepilla dos veces al día.

Su abdomen se observa globoso con circulación colateral, con telangiectasias en flanco izquierdo. A la auscultación se escuchan ruidos hidroaéreos 10x min con hipersonoridad por ascitis, a la percusión se escucha timpánico con hipersonoridad, a la palpación de abdomen refiere dolor en hipocondrio derecho.

Química sanguínea: presenta albumina de 1.19 g/dl reflejando hipoalbuminemia, la alanino amino transferasa de 49 iu/l y asparto amino transferasa de 68 iu/l se encuentran elevadas, indicando un daño hepático así como las bilirrubinas; la total 7.77 mg/dl, la directa 4.67 mg /dl y la Indirecta 3.10 mg/dl. Las proteínas se encuentran en 5.34 mg/dl y refleja hipoproteinemia, sodio 125 mEq/l dando una hiponatremia, con hipocalcemia de 6.9 mg/dl, y el fosforo 5.8 mg/dl representando una hiperfosfatemia.

### 3- Eliminación

Pérdidas insensibles al día son de 628ml/día.

Pérdidas intestinales fisiológicas; va una vez al baño, sus heces son como trocitos duros separados difíciles de expulsar de acuerdo a la escala de evacuación aplicada el 28 de diciembre del 2018 (Anexo VI) indica estreñimiento.

Urinarias: tiene sondaje vesical, la orina presenta coluria, no se visualizan sedimentos, volumen urinario 1344ml/día

No cuenta con examen general de orina.

Química sanguínea: muestra la elevación de los elementos azoados BUN 52.9 mg/dl creatinina 1.73 mg/dl, la urea 113mg/dl así como también hiperamonemia de 99 ug/dl.

### 4- Moverse y mantener buena postura

No se puede valorar la marcha ya que solo se moviliza en cama, es cooperador, refiere que no ocupaba ningún dispositivo para trasladarse.

De acuerdo a la escala de Kendal y Daniels (Anexo VII) aplicada el 31 de diciembre del 2018 evaluando su fuerza muscular se encuentra en 4° grado que significa que alcanza una amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia moderada.

De acuerdo al cuestionario de autonomía de las actividades de la vida diaria Barthel (Anexo VIII) aplicado el 2 de enero de 2019, nos indica que tiene un nivel de dependencia moderada.

### 5- Descanso y sueño

De acuerdo a la interpretación del cuestionario de Oviedo del sueño (Anexo IX) aplicado el 2 de enero de 2019 refiere que tiene insomnio.

### 6- Uso de prendas de vestir adecuadas

El refiere que se viste solo, él elige sus propias prendas de acuerdo a lo que le guste, es adecuada para el momento o situación.

### 7- Termorregulación

Su temperatura corporal es de 36 °C se encuentra dentro de los parámetros normales manteniendo una adecuada termorregulación.

### 8- Higiene y protección de la piel.

Coopera para sus aseos parciales

Su cabello tiene una implantación homogénea se ve desalineado y sucio sus ojos son simétricos, presenta hippus pupilar, reflejo fotomotor sus movimientos oculares son normales y presenta reflejo corneal, Sus oídos presentan cerumen y tiene una audición de 40 dBa, la higiene bucal es mala presenta caries bucales, gingivitis, su dentadura le falta los incisivos centrales superiores así como los premolares segundo superiores e inferiores, presenta lengua saburral, En el abdomen se visualiza la red venosa colateral y telangiectasias en flaco izquierdo.

Su piel esta con una pigmentación icterica con una textura turgente.

El llenado capilar es de 3seg en miembros superiores e inferiores.

De acuerdo a la escala de Braden (Anexo X) para predicción de riesgo de úlceras por presión, valorando el 31 de diciembre del 2018 indica que tiene 17 pts. indicando un riesgo bajo para presentar UPP.

## 9- Evitar peligros

Su esquema de vacunación está incompleto, no se acuerda la última vez que se vacunó, en su casa vive con su papá mamá y dos hermanas, tiene los servicios básicos de agua, luz, baño y recolección de basura.

El fuma marihuana e inhala solventes.

En la escala de Downton (Anexo XI) valorando el 31 de diciembre de 2018 tiene 2 pts. indicando un bajo riesgo de caídas

Tiene un catéter, PICC que fue instalado en miembro torácico derecho el 27 de diciembre, permeable sin datos de infección.

El refiere dolor en el hipocondrio derecho intermitente de fuerte intensidad Eva 6/10.

Presenta sonda vesical instalada el 27 de diciembre, no presenta fugas con fijación en la cara interna del muslo

Su biometría hemática presenta una leucocitosis de 21,700. neutrofilia 93.90% y linfocitosis 5.5%.

Los tiempos de coagulación se encuentran aumentados, INR 3.24, TP 48.80 seg. TTP 46.90 seg. y las plaquetas de 99,000 indicando plaquetopenia.

## 10- Comunicación

Tipo de comunicación: oral entendible, su audición se percibe normal de 40 dBa. Personalidad aparentemente pasiva. De acuerdo al cuestionario de cribado ansiedad y depresión en escala de goldber (Anexo XII) aplicado el 3 de enero de 2019 muestra que el paciente refleja ansiedad y depresión.

De acuerdo al apgar familiar (Anexo XIII) aplicado el 3 de enero de 2019 indica que su familia es funcional.

Conforme al cuestionario DUKE (Anexo XIV) que valora el apoyo socio funcional aplicado el 3 de enero de 2019 muestra que el apoyo que percibe es bajo, derrama unas cuantas lágrimas al estar realizando el cuestionario.

## 11-Creencia y valores.

No tiene una religión, no cree en Dios.

Considera los valores importantes, uno de los que aplica es el respeto.

#### 12-Trabajar y realizarse

Actualmente se encuentra desempleado, antes él era soldador.

#### 13-Participación y Actividades recreativas

Él juega a veces retas callejeras de futbol aunque no muestra mayor interés, la mayor parte refiere ser sedentario.

#### 14-Aprendizaje

Estudió hasta la primaria y no refiere interés en el estudio, conoce el estado de salud por el cual está cursando ya que le explican cuál es su estado actual

De acuerdo al cuestionario cognitivo test pfeiffer (Anexo XV) aplicado el 3 de enero de 2019 muestra una sospecha de deterioro cognitivo.

#### 15-Sexualidad y reproducción

Sus características genitales son adecuadas al estadio 5 de la escala de tanner se ve limpio.

De acuerdo al cuestionario de funcionamiento sexual (Anexo XVI) aplicado el 3 de enero de 2019 indica que es normal

#### 16-Sobre carga del cuidador

De acuerdo al índice roobins (Anexo XVII) aplicada el 2 de enero de 2019 hay señales que su cuidador tiene cierto riesgo de sufrir el síndrome del cuidador quemado

### 32.1 Diagnóstico. Grado de dependencia (análisis)

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ETIQUETA DIAGNÓSTICA
1. Oxigenación. (Respirar normalmente)	<p>Spo2 88%</p> <p>Pulsos podálicos dorsales que se palpan con disminución de intensidad.</p> <p>Gasometría venosa (CO2 16.6 mmol/l Po2 51.6 mmol/l SaO2 88%), Biometría Hemática: hemoglobina de 8.4 g/dl el hematocrito de 25.4% los eritrocitos 3.09 10<sup>6</sup>/ul)</p>	<p>Refiere que fuma marihuana y tabaco así como inhalación de solventes, refiere que presenta disnea al andar de prisa o al subir pendientes poco pronunciadas</p>	<p>&gt;Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión m/p gasometría anormal, hemoglobina 8.4 g/dl, hematocrito de 25.4%, disminución del Co2 16.6.</p> <p>&gt;Perfusión tisular periférica ineficaz r/c proceso de enfermedad m/p disminución de pulsos periféricos</p>
2. Nutrición e hidratación. (Comer y beber de forma adecuada)	<p>La evaluación nutricional realizada el 28 de diciembre del 18 indica que se encuentra desnutrido, dentadura con pérdida de piezas dentales los incisivos centrales superiores así como los premolares segundos superiores e inferiores, presenta halitosis, gingivitis, lengua saburral, mala higiene bucal, abdomen</p>	<p>Refiere que ingería 4 cervezas al día, refiere que ha tenido una pérdida de peso aproximada de 8 a 10 kilos, refiere que se sacia con rapidez.</p>	<p>&gt;Deterioro de la dentición r/c Uso de agentes abrasivos, Higiene oral ineficaz, consumo de tabaco m/p Gingivitis, halitosis, caries, exceso de placa, falta de piezas dentarias</p> <p>&gt;Deterioro de la mucosa oral r/c Higiene oral ineficaz, irritantes químicos. m/p lengua saburral,</p>

	<p>globoso con circulación colateral, telangiectasias en flanco izquierdo, ascitis, dolor a la palpación en hipocondrio derecho. química sanguínea: tiene la albumina de 1.19 g/dl reflejando hipoalbuminemia, también Alanino amino transferasa 49 iu/l y Asparto amino transferasa 68 iu/l, bilirrubinas la total 7.77 mg/dl la Directa 4.67 mg /dl y la Indirecta 3.10 mg/dl mostrando hiperbilirrubinemia, hipoproteinemia 5.34 mg/dl, sodio 125 mEq/l, hipocalcemia 6.9 mg/dl, hiperfosfatemia 5.8 mg/dl</p>		<p>halitosis y gingivitis  &gt;Deterioro de la función hepática r/c Abuso de sustancias m/p Ictericia, alteración de las enzimas hepáticas, ast 68 IU/l, alt 49IU/l hiperbilirrubinemia (total 7.77 mg/dl la Directa 4.67 mg /dl y la Indirecta 3.10 mg/dl), hipoalbuminemia (1.19 g/dl) y tiempos de coagulación INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg,  &gt;Riesgo de la perfusión gastrointestinal ineficaz r/c Anemia, Disfunción hepática, Tiempos de coagulación anormal (INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg)  &gt;Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades metabólicas r/c Factores biológicos. m/p Bajo tono</p>
--	---	--	--

			<p>muscular, Sacidad inmediatamente después de ingerir alimentos.</p> <p>&gt;Exceso del volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p Ascitis, desequilibrio hidroelectrolítico (Hiponatremia 125 mEq, hipocalcemia 6.9 mg/dl, hiperfosfatemia 5.8 mEq) ,</p>
<p>3. Eliminación. (Evacuar los productos de desecho del organismo)</p>	<p>La eliminación intestinal es fisiológica, evacúa una vez al día, sus heces son como trocitos duros separados difíciles de expulsar, orina por sonda vesical. Presenta coluria no se visualizan sedimentos. Volumen urinario 1344ml/día</p> <p>Su química sanguínea muestra la elevación de los elementos azoados BUN 52.9 mg/dl creatinina 1.73 mg/dl, la urea</p>		<p>&gt;Estreñimiento r/c opioides, dentición inadecuada higiene oral inadecuada, desequilibrio hidroelectrolítico m/p esfuerzo al defecar, Heces en formas duras</p> <p>&gt;Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c abuso de sustancias elevación de elementos azoados (BUN 52.9 mg/dl creatinina 1.73 mg/dl la urea 113mg/dl)</p>

	113mg/dl, también presenta hiperamonemia de 99 ug/dl		hiperamoniemia de 99 ug/dl.
4. Moverse y mantener una posición adecuada.	Se moviliza en cama, tiene un nivel de dependencia moderada.		
5. Sueño y descanso.		Cuestionario de Oviedo refiere que tiene insomnio	Trastorno del patrón del sueño r/c Sueño interrumpido m/p trastorno del sueño Falta de energía, dificultad para mantenerse dormido
6. Usar prendas de vestir adecuadas. (Para vestirse y desvestirse)			
7. Termorregulación. (Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales)	Eutérmico		
8. Mantener la higiene. (Aseo personal cuidado de la piel y mantener un buen aspecto)	Sus oídos presentan cerumen, higiene bucal es mala presenta caries dentales, gingivitis, dentadura incompleta y lengua saburral		

<p>9. Evitar los peligros del entorno. (Impedir daños personales y a los demás)</p>	<p>Dolor en el hipocondrio derecho intermitente de fuerte intensidad Eva de 6/10.</p> <p>Biometría hemática presenta una leucocitosis de 21.7 10<sup>3</sup> /UI neutrofilia 93.90% y linfocitosis 5.5%. PCR 17.560 mg/dl.</p> <p>tiempos de coagulación INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg, plaquetopenia 99 10<sup>3</sup>/ul</p>	<p>El fuma tabaco y marihuana e inhala solventes.</p>	<p>Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos m/p observación de evidencia de dolor</p> <p>&gt;Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales m/p alteración de la coagulación (, INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg), trombocitopenia (99 10<sup>3</sup>/ul) anemia hemoglobina 8.4, hematocrito 25.4%</p> <p>Riesgo de sangrado r/c alteración de la coagulación (, INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg), trombocitopenia (99 10<sup>3</sup>/ul) deterioro de función hepática</p> <p>&gt;Riesgo de infección r/c Procesos invasivos (PICC), aumento de leucocitos</p>
<p>10. Comunicarse con otras personas. (expresar emociones, necesidades, temores u opiniones)</p>	<p>Según cuestionario de cribado muestra ansiedad y depresión.</p>		<p>Afrontamiento ineficaz r/c apoyo social inadecuado m/p abuso de sustancias,</p>

	<p>En escala de goldber muestra que el paciente refleja ansiedad y depresión, cuestionario DUKE muestra que el apoyo que percibe es bajo, al estar haciendo estas preguntas, llora ligeramente al contestar el cuestionario</p>		<p>&gt;conducta destructiva. Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p discomfort en las situaciones sociales</p>
--	---	--	--

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ETIQUETA DIAGNÓSTICA
11. Vivir según sus valores y creencias.			
12. Trabajar y sentirse realizado.)			
13. Participar en actividades recreativas. (Disfrutar de diversas formas de entretenimiento)			
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. (Alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles)			
15 Sexualidad reproducción.			
16 cuidador	Encuesta de roobins; hay señales que su cuidador tiene cierto riesgo de sufrir el síndrome del cuidador quemado		>Riesgo de cansancio del rol cuidador r/c manifestación de datos de descuido personal y cambios en el estilo de vida

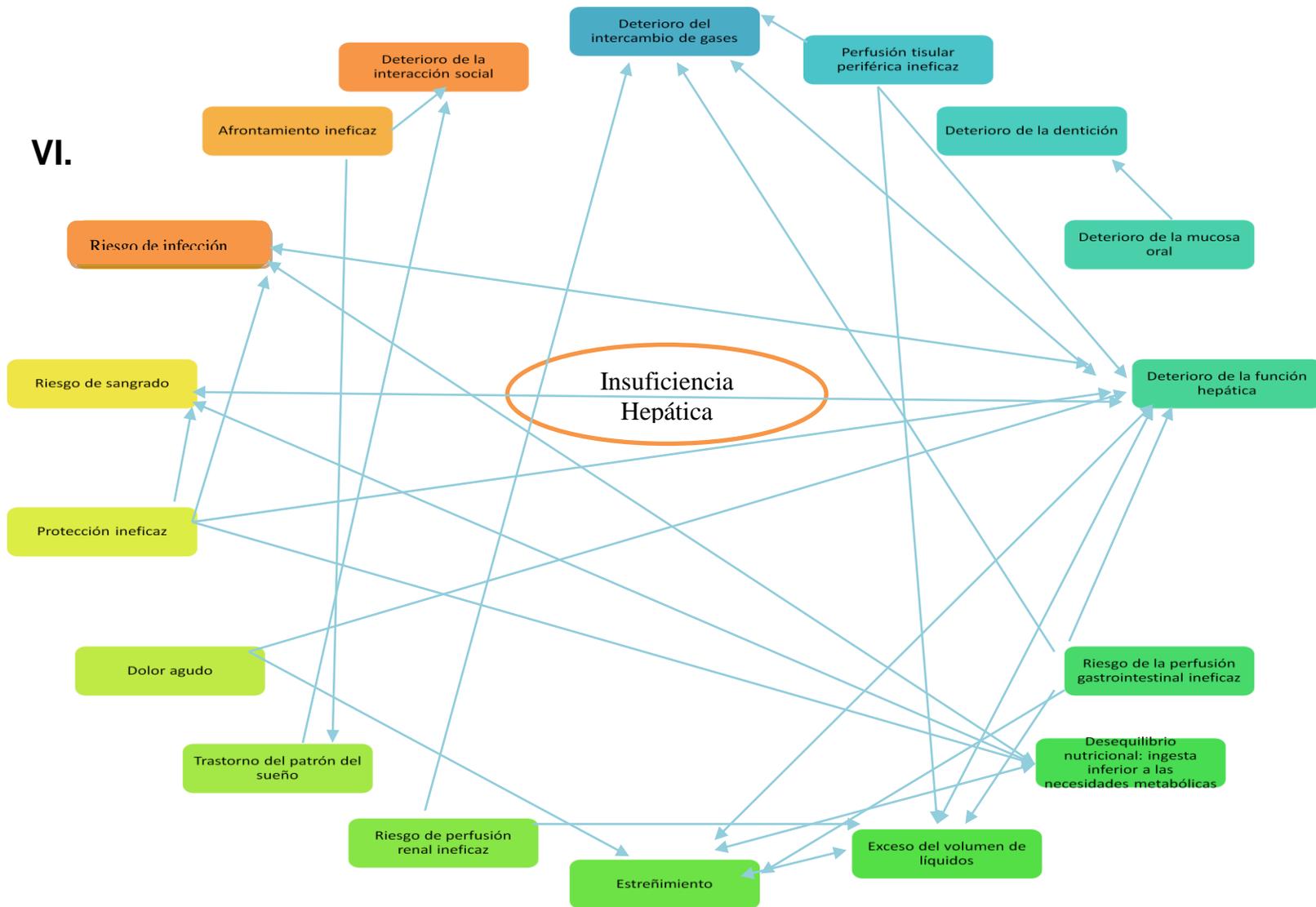
## 33.1 Planeación

### 11.1 Modelo Área



## Red de razonamiento

VI.



## Ejecución y Evaluación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>50</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>51</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 02 Nutrición</p> <p><b>Clase:</b> 04 Metabolismo</p> <p>(00178)Deterioro de la función hepática r/c Abuso de sustancias m/p pigmentación icterica, ascitis , circulación colateral, alteración de las enzimas hepáticas ast 68 IU/l alt 49IU/l hiperbilirrubinemia (total 7.77 mg/dl la Directa 4.67 mg /dl y la Indirecta 3.10 mg/dl), hipoalbuminemia (1.19 g/dl)</p> <p><b>Definición:</b> Disminución de la función hepática que puede comprometer la salud</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> I Regulación metabólica</p> <p>Función Hepática</p> <p><b>Definición: Capacidad del hígado para fabricar, almacenar, alterar y secretar sustancias esenciales para el metabolismo y otras funciones corporales</b></p>	<p>Aumento de la bilirrubina total</p> <p>Aumento de ALT</p> <p>Aumento de ASL</p> <p>Ictericia</p> <p>Ascitis</p> <p>Dilatación de venas en pared abdominal</p> <p>Aumento de circunferencia abdominal</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>

<sup>50</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>51</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>52</sup>

**Campo:**04 Seguridad

**Clase:** V Control del riesgo

**Intervención:** identificación de riesgos

**Definición:** Análisis de los factores de riesgos potenciales determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad de las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas

Actividades:

Restricción del consumo de sodio (menos de 2 g/día) en casos de ascitis

Restricción de líquidos

Aportar alimentos adecuados para favorecer la masticación y deglución.

Suplementar vitaminas (A,D, E y K), cinc y calcio si es Necesario.

Valorar su terapia nutricional con un aporte calórico 30 a 35 Kcal/kg/día

Con Hidratos de Carbón 50 -60% Proteínas 20 a 30 %

Grasas 10 a 20 %

Evitar restricciones alimentarias innecesarias

Administración de lactulosa para evitar encefalopatía por estreñimiento

**Evidencia científica**

La estrecha relación entre el hígado y la nutrición lleva a que una alteración de la función de la glándula, provoque deficiencias en la nutrición y estados de desnutrición u obesidad se asocien a enfermedades hepáticas A su vez, la mejoría del estado nutricional impacta favorablemente en el estado del paciente con enfermedad hepática y en su pronóstico, convirtiéndose el aspecto nutricional en el factor modificable en las enfermedades hepáticas<sup>53</sup>

<sup>52</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>53</sup> Marisa Canicoba, Nora Domínguez, Silvia C Gutiérrez. (2014). Nutrición en las enfermedades hepáticas crónicas. 09 febrero 2019, de Nutrición clínica en Medicina Sitio web: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5023.pdf>

### Evaluación

Se mantuvo con un régimen terapéutico adecuando la restricción de sodio y una nutrición adecuada con un aporte de acuerdo a su peso, se utilizó un laxante osmótico para evitar el estreñimiento y ayudarlo a evitar la encefalopatía hepática los niveles de enzimas para el día 3 de enero disminuyeron AST 34 ALT 16

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>54</sup> /

**Campo:**04 seguridad

**Clase:** *V control de riesgo*

**Intervención:** Vigilancia de la piel

**Definición:** Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y las mucosas

**Actividades:**

Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, Textura y si hay edema y ulceraciones en extremidades.  
 Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad de la piel y mucosas.  
 Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.  
 Documentar los cambios de la piel y mucosas.  
 Mantener hidratada la piel, limpia la piel evitando fricción y la humedad

**Evidencia científica**

Deterioro de la integridad cutánea es algo muy común en este tipo de pacientes ya que el padecimiento de ictericia, en consecuencia a la incapacidad del hígado para sintetizar bilirrubina hace que todos los tejidos del cuerpo, incluidas la esclerótica y la piel, adquieran un color amarillento procedente de la destrucción de los glóbulos rojos. No todas las personas sufren el mismo grado de ictericia eso dependerá de la gravedad de la cirrosis hepática. Además se acumulan depósitos cutáneos de sales biliares ya que existe una obstrucción biliar, lo que incrementa la sequedad de la piel y el prurito, dando existencia ha rascado tisular y en consecuencia lesiones en la piel y deterioro de su integridad.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>55</sup> Irantzu Lafuente Pérez. Justificación científica de los cuidados enfermeros en la cirrosis hepática en base a los diagnósticos descritos por la NANDA. 2019, de Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería Sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5557/1/TFG-H87.pdf>

## Evaluación

Se continúa con los cuidados de la piel evitando alguna alteración vigilando el nivel de ictericia, la piel se encuentra hidratada, limpia, no se ven datos de deterioro tisular.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>56</sup>

**Campo:**02 Fisiológico complejo

**Clase:** *N control de la perfusión*

**Intervención:** Perfusión tisular órganos abdominales

**Definición:** Ayudar al paciente a comprender la información relacionadas con un proceso de enfermedad específico

Actividades:

Manejo de líquidos y electrolitos

Manejo de la presión arterial

Manejo de presión arterial media

Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda

Identificar cambios en el estado físico del paciente

Comentar los cambios en el estilo de vida que

puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso salud enfermedad

vigilancia de peristaltismo

vigilancia de evacuaciones estreñimiento o impactación fecal

**Evidencia científica**

La circulación intestinal cumple dos funciones básicas: proveer oxígeno a los tejidos y transferir los nutrientes Absorbidos al resto del cuerpo. Esta última tarea la hace junto con la circulación linfática. La gran área del tubo Digestivo y de su circulación debe permitir estas dos funciones, pero también tiene que limitar la posible pérdida de proteínas o de cualquier sustancia desde la sangre hacia el exterior, la circulación esplácnica sea el más importante reservorio de sangre de todo el cuerpo. Así, cuando la presión sanguínea tienda a disminuir, la vasoconstricción intestinal desplazará cerca de una quinta parte de la volemia hacia los órganos que la requieran.<sup>57</sup>

El aumento de la Presión intra-abdominal debe de sospecharse en todo enfermo que tenga factores de riesgo como: trauma abdominal mayor, ascitis, etc. La consecuencia de esta elevación es una caída en las perfusiones hepática, esplácnica y renal, por compresión de los lechos vasculares de estos órganos.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>57</sup> Raúl Narváez-Sánchez, M.D. (2004). Raúl Narváez-Sánchez, M.D. Colombia medica, vol n° 35, pag 1-14 sitio web

<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n4/cm35n4a10.pdf>

<sup>58</sup> Sosa Hernández, Roberto, Sánchez Portela, Carlos A, & Hernández Iglesias, Sergio Santiago. (2007). Presión intraabdominal y síndrome compartimental en cirugía.

Artículo de revisión. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 11(1), 83-98. Recuperado en 07 de marzo de 2019, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942007000100011&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000100011&lng=es&tlng=es)

### Evaluación

Se mantuvo con auscultación abdominal escuchando el peristaltismo, la vigilancia de las evacuaciones, el control de líquidos y la monitorización de la tensión arterial 100/65 mmHg con una presión media de 76.6 un pulso de 86 lpm

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>59</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>60</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad protección</p> <p><b>Clase:</b> 02 lesión física</p> <p>(00206) Riesgo de sangrado r/c alteración de la coagulación (, INR 3.24 TP 48.80 seg TTP 46.90 seg), trombocitopenia (99 103/ul) deterioro de función hepática</p> <p><b>Definición: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 02 salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> E cardiopulmonar</p> <p><b>0409 Coagulación sanguínea</b></p> <p><b>Definición: Extensión de los coágulos sanguíneos dentro de un periodo normal de tiempo</b></p>	<p>Tiempo de protrombina taza normalizada internacional</p> <p>Tiempo de Tromboplastina parcial</p> <p>Concentración de plaquetas</p> <p>Tiempo de protrombina</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1-Desviación grave del rango normal</p> <p>2- Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

<sup>59</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>60</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

## CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>61</sup>

<p><b>Campo:</b> 02 fisiológico complejo</p> <p><b>Clase:</b> N Control de la perfusión tisular</p> <p><b>Intervención:</b> 4010 Prevención de hemorragias</p> <p><b>Definición:</b> Disminución de los estímulos que puedan introducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas</p> <p><b>Actividades:</b></p> <p>Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de hemorragia</p> <p>Persistente, comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta, proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias.</p> <p>Evitar procedimientos invasivos, si fueran necesarios se vigilan signos de hemorragia.</p> <p>Evitar la inserción de objetos en un orificio con riesgo de sangrado.</p> <p>Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el traumatismo cutáneo</p> <p>Administrar vitamina K según prescripción medica</p>	<p><b>Evidencia científica</b></p> <p>La evaluación clínico-patológica del sistema hemostático está indicada en los pacientes que presenten sangrado espontáneo, en aquellos que requieran cirugía y padezcan enfermedades comúnmente asociadas al desarrollo de desórdenes hemostáticos secundarios (insuficiencia hepática entre otras)</p> <p>Todos los casos que se presenten con alteraciones hemostáticas, deben ser tratados en forma agresiva, ya que implican un riesgo potencial grave para la vida. Debe evitar el trauma, manteniendo al paciente en un ambiente tranquilo y de ser posible bajo confinamiento. Las venopunciones deberán realizarse con agujas del menor calibre posible a partir de una vena periférica, y aplicando luego un vendaje levemente compresivo sobre el sitio de punción. Los medicamentos deberán ser administradas de preferencia por vía oral, o a través de un catéter permanente, evitando la vía intramuscular</p> <p>Los disturbios adquiridos de la cascada de la coagulación son más comunes en la clínica, pudiendo deberse a la deficiencia de ciertos factores o a la presencia en exceso de los inhibidores de la coagulación. Los estados de deficiencia adquiridos pueden deberse a la carencia de aquellos factores elaborados a nivel hepático como consecuencia de insuficiencia hepática, disminución de los factores dependientes de vitamina K<sup>62</sup></p>
--	--

<sup>61</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>62</sup> Dra. Adriana López Quintana. (--). Dra. Adriana López Quintana. 9 febrero 2019, de Sociedad latinoamericana de emergencias y cuidados intensivos Sitio web: [http://laveccs.org/resumenes/TRASTORNOS-DE\\_LA-COAGULACION.pdf](http://laveccs.org/resumenes/TRASTORNOS-DE_LA-COAGULACION.pdf)

### Evaluación

No se presentaron datos de sangrado la implementación de las medidas profilácticas como la implementación de vitamina K para evitar sangrados apoyando al hígado para favorecer a la formación de enzimas para la cascada en la coagulación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>63</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>64</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 02 Nutrición metabólico</p> <p><b>Clase:</b> 01 Ingestión</p> <p><i>(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades metabólicas r/c Factores biológicos. m/p Bajo tono muscular, Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos.</i></p> <p><b>Definición:</b> Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> K Digestión y Nutrición</p> <p>1004 Estado Nutricional</p> <p><b>Definición:</b> Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	Ingestión de nutrientes	1,2,3,4,5 1-Desviación grave del rango normal 2- Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	2	3

<sup>63</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>64</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>65</sup> / GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA<sup>66</sup>

**Campo:** 01 Fisiológico básico

**Clase:** *D Apoyo nutricional*

**Intervención:** 1120 Terapia Nutricional

**Definición:** Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que esta desnutrido o con alto riesgo de desnutrición

**Actividades:**

Completar una valoración nutricional, según corresponda

Controlar los alimentos ingeridos /líquidos y calcular la Ingesta calórica diaria, según corresponda.

Determinar la preferencia de los alimentos del Paciente

Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.

Proporcionar al paciente alimentos nutritivos ricos en calorías y proteínas

Proporcionar cuidados bucales antes de comidas

**Evidencia científica**

La nutrición inadecuada puede contribuir a la progresión de la enfermedad hepática.

Se recomienda en los pacientes con insuficiencia Hepática indicar una dieta:

Hipercalórica con un aporte protéico entre 0.8 hasta 1.5 g/Kg de predominio vegetal rica en fibra, aporte de sodio de 1 a 2 g, con restricción de líquidos, si se presenta hiponatremia <125 mEq/L Se ha demostrado que el consumo de alcohol conlleva a la progresión del daño hepático. Se sugiere intervención temprana en los individuos con un consumo de alcohol <sup>32</sup>

El origen de esta malnutrición es multifactorial, pudiendo señalarse tres factores que contribuyen a ella: a) la limitación o disminución de la ingesta; b) la alteración de la digestión y absorción de nutrientes; c) la interferencia en el metabolismo de los nutrientes. Una gran mayoría padecen síntomas gastrointestinales. El tratamiento nutricional reporta beneficios en los estadios avanzados de la enfermedad. Los beneficios a corto plazo están en relación con la mejoría del balance nitrogenado, el descenso en la estancia hospitalaria, y la mejoría de la función hepática<sup>67</sup>

<sup>65</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>66</sup> Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Insuficiencia Hepatica. Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)

<sup>67</sup> Mesejo, A., Juan, M., & Serrano, A. (2008). Cirrosis y encefalopatía hepáticas: consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 23(Supl. 2), 8-18. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000600003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600003&lng=es&tlng=es).

## Evaluación

El usuario siguió con el plan alimenticio evitando un mayor deterioro, se continua con la dieta Hepatópata, de 1500 kcal con 60 gramos de proteína

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>68</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>69</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<b>Dominio:</b> 02 Nutrición  <b>Clase:</b> 05 Hidratación  <i>(00026) Exceso del volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p Desequilibrio electrolítico (Hiponatremia 125 mEq, hipocalcemia 6.9 mg/dl, hiperfosfatemia 5.8 mEq) , ascitis</i> <b>Definición:</b> Aumento de la retención de líquidos isotónicos	<b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica  <b>Clase:</b> G Líquidos y electrolitos  0601 Equilibrio Hídrico <b>Definición:</b> Equilibrio de agua en los compartimientos intracelulares y extracelulares del organismo	Ascitis Electrolitos séricos	1,2,3,4,5 1-Desviación grave del rango normal 2- Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	2 3	3 4

<sup>68</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>69</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>70</sup>

**Campo:** 02 Fisiológico complejo  
**Clase:** *N control de la perfusión tisular*  
**Intervención:** 4120 Manejo de líquidos  
**Definición:** Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales.

**Actividades:**  
 Registro de entradas y salidas  
 Vigilar el estado de hidratación  
 Administrar terapia i.v. según prescripción  
 Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, según corresponda  
 Monitorizar signos vitales  
 Restringir la ingesta de agua libre de presencia de Hiponatremia con el nivel sérico de Na inferior a 130mEq/l.  
 Observar la pérdida de líquidos (hemorragia, líquidos, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).  
 Comprobar niveles de electrolitos  
 Monitorizar estado hemodinámico  
 Vigilar la volemia y vigilar datos de hipovolemia

**Evidencia científica**

En un paciente con cirrosis, la retención de líquido es habitual, puesto que existe un mal funcionamiento en la regulación de agua y sodio, es debido a la hipertensión portal, hiperaldosteronismo e hipoalbuminemia. El aumento de líquidos en el organismo esta ocasionado por una hipertensión portal generada por la enfermedad, también colabora con el desarrollo de ascitis, al incluir un hiperflujo de sangre hacia el hígado, secundario a una vasodilatación arteriolar esplácnica. No se sabe a ciencia cierta cuál es el mecanismo por el que sucede la vasodilatación, pero existe aumento de sustancias con capacidad vasodilatadora como: ácidos biliares, glucagón, prostaglandinas y óxido nítrico (por defecto en su aclaramiento hepático) Esta vasodilatación esplácnica es un fenómeno importante en el desarrollo y mantenimiento de ascitis. Una hipoalbuminemia colabora a padecer ascitis, disminuye la presión osmótica coloidal del plasma, lo que hace que salga al comportamiento extravascular<sup>71</sup>

<sup>70</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>71</sup> Irantzu Lafuente Pérez Justificación científica de los cuidados enfermeros en la cirrosis hepática en base a los diagnósticos descritos por la NANDA. 2019, de Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería Sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5557/1/TFG-H87.pdf>

## CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>72</sup>

<p><b>Campo:</b>04 Seguridad</p> <p><b>Clase:</b> V Control del riesgo</p> <p><b>Intervención:</b>6680 Monitorización de signos</p> <p><b>Definición:</b> Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener un estado de equilibrio hidroelectrolítico</li> <li>Registro de control de líquidos.</li> <li>Manejo de eliminación urinaria</li> <li>Manejo de líquidos</li> <li>Sondaje vesical             <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados del catéter urinario</li> </ul> </li> <li>Terapia de líquidos intravenosos</li> </ul>	<p><b>Evidencia científica</b></p> <p>La evaluación de la función renal debe realizarse de manera rutinaria en todos los pacientes con cirrosis avanzada (principalmente en aquellos con ascitis) mediante el registro de creatinina plasmática. El diagnóstico de daño renal en pacientes cirróticos se establece cuando ésta es &gt; 1,5 mg/dL. Sin embargo, si bien este método es el más práctico y ampliamente aceptado para la estimación de la función renal en la práctica clínica, su determinación en pacientes cirróticos podría ser inexacta, ya que subestimaría la disfunción renal debido a una menor producción de creatinina por parte del hígado, sumado a la disminución en el consumo de proteínas, a la malnutrición proteica y a la pérdida de masa muscular que presentan estos pacientes. El tratamiento debe instituirse tan pronto como sea posible con el objetivo de evitar la progresión de la falla renal y la morbilidad vinculada a ella. La estricta monitorización clínico-analítica, incluyendo signos vitales, manifestaciones clínicas vinculadas a la falla hepática e hipertensión portal, diuresis horaria, presión venosa central, función renal, interno y función hepática.<sup>73</sup></p>
---	---

<sup>72</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>73</sup> Valverde, Marcelo, Menéndez, Josemaría, Olivari, Daniela, Scalone, Paola, Rocca, Andrea, Acle, Santiago, & Gerona, Solange. (2014). Síndrome Hepatorrenal: abordaje clínico y estrategia terapéutica. *Archivos de Medicina Interna*, 36(1), 17-27. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2014000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000100004&lng=es&tlng=es).

### Evaluación

El paciente se encuentra hidratado, con un aporte de líquidos parenterales se administra carga de solución para aumentar la volemia con carga de solución salina al 0.9%. se vigila ascitis para el día 3 de enero se realiza una paracentesis drenando líquido de ascitis 2020 ml., los niveles de Na de ese día son 137 mEq K 3.4 mEq Se controla el balance de líquidos verificando entradas y salidas no se observa retención de líquidos, los elementos azoados disminuyeron para el día 3 de enero BUN 15.8 mg/dl, urea de 34 mg/dl y creatinina 0.55mg/dl.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>74</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>75</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 03 Eliminación e intercambio</p> <p><b>Clase:</b> 04 función respiratorio</p> <p><i>00030 Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión m/p gasometría anormal, hemoglobina 8.4 g/dl hematocrito de 25.4% disminución del Co2 16.6, Po2 51.6.</i></p> <p><b>Definición:</b> Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> E Cardio pulmonar</p> <p><b>0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso</b></p> <p><b>Definición:</b> intercambio alveolar de CO2 y O2 para mantener las concentraciones de gases arteriales</p>	<p>Presión de oxígeno en sangre (Po2 51.6.)</p> <p>Dióxido de carbono (Co2 16.6)</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1-Desviación grave del rango normal</p> <p>2- Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	<p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p>

<sup>74</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>75</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>76</sup> / GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA<sup>77</sup>

**Campo:** 02 Fisiológico Complejo

**Clase:** *K control respiratorio*

**Intervención:** Manejo del equilibrio Acido básico

**Definición:** Favorecer el equilibrio ácido básico y prevenir las complicaciones secundarias a unos niveles séricos de PaCO<sub>2</sub> menores de los deseados

Actividades:

Mantener la vía aérea permeable

Mantener un acceso i.v. permeable

Proporcionar una mascarilla con reservorio según corresponda

Monitorizar pH, PaCO<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub>

Colocar al paciente en una posición (semifowler) para facilitar una ventilación adecuada

Vigilar si hay manifestaciones pulmonares de alcalosis respiratoria.

Observar si hay manifestaciones cardíacas de alcalosis.

Administrar infusión de cloruro de sodio según indicación (para que los riñones lo reabsorban y se excrete el exceso de bicarbonato; además, corregir la hipovolemia que hace que persista la alcalosis).

**Evidencia científica**

Las consecuencias de la alteración del equilibrio ácido-base son la alteración de la distribución de los iones en los espacios intra y extracelular, lo que modifica la actividad de numerosas enzimas, se producen cambios estructurales en las macromoléculas y alteraciones en equilibrios químicos. Si los trastornos son graves comprometen la vida.<sup>78</sup>

Cuando se habla del equilibrio acido-base en realidad se hace referencia a la regulación de la concentración de hidrogeniones en los líquidos corporales. Pequeños cambios en la concentración de iones hidrógeno pueden producir grandes alteraciones en las reacciones químicas celulares, aumentando algunas e inhibiendo otras; por este motivo la regulación de la concentración de iones hidrógeno es uno de los aspectos más importantes de la homeostasis.<sup>4</sup>

<sup>76</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>77</sup> Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Desequilibrio Acido base. Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)

<sup>78</sup> Dr. D. José Albaladejo Méndez. (2012). Volviendo a lo basico. 27/01/2019, de Fundación para la formación e Investigación Sanitaria Sitio web: [http://www.ffis.es/volviendoalobasico/32alteracin\\_del\\_ph.html](http://www.ffis.es/volviendoalobasico/32alteracin_del_ph.html)

### Evaluación

La posición de Semifowler ayudó a que los fluidos (Ascitis) de la cavidad descendieran y la caja torácica tenga una mayor expansión mejorando la ventilación perfusión, la mascarilla con reservorio le ayudó a mantener CO2 evitando la alcalosis respiratoria junto con las soluciones de cloruro de sodio ayudando a hacer buffer y evitando la descompensación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>79</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>80</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad protección</p> <p><b>Clase:</b> 02 lesión física</p> <p>00205 Riesgo de infección r/c Procesos invasivos (PICC, sonda vesical), malnutrición y bicitopenia</p> <p><b>Definición:</b> Riesgo de ser invadido por organismos patógenos</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> H Respuesta inmune</p> <p><b>0703 Severidad de la infección</b></p> <p><b>Definición:</b> Gravedad de los signos de infección</p>	Aumento de leucocitos	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1-Desviación grave del rango normal</p> <p>2- Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	3	4

<sup>79</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>80</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>81</sup>

**Campo:** 02 Fisiológico Complejo

**Clase:** H control del fármaco

**Intervención:** 2300 Administración de medicación

**Definición:** Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre prescripción

Actividades:

Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos

Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad

Y la eficacia de la administración de medicamentos

Seguir reglas de administración de medicamentos

Administrar la medicación i.v. a la velocidad adecuada

Documentar la administración de la mediación y las

respuesta del paciente de acuerdo con las normas

**Evidencia científica**

Los pacientes con insuficiencia hepática deben ser valorados para determinar los riesgos y beneficios, teniendo en cuenta diversos factores como la gravedad de la patología a tratar, las consecuencias de no utilizar el fármaco o la existencia de equivalencias u otras alternativas disponibles.

Hay que tener presente que los pacientes con insuficiencia hepática crónica también pueden padecer insuficiencia renal.

Como regla general, se recomienda usar los medicamentos a la mínima dosis inicial eficaz, ajustando posteriormente la dosis en función de la respuesta<sup>82</sup>

<sup>81</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>82</sup> Ramón Agirrezabala, Otros. (Abril 2017). Uso De Medicamentos En Enfermedad Hepática Crónica. Información Farmacoterapéutica, Vol. 25, Pag. 62. Consultado 9 de 02 del 2019 en sitio web:

[http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2017/es\\_def/adjuntos/NFAC\\_Medicamentos%20en%20enfermedad%20hep%C3%A1tica\\_vol\\_25\\_6\\_2017\\_ES.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/NFAC_Medicamentos%20en%20enfermedad%20hep%C3%A1tica_vol_25_6_2017_ES.pdf)

## Evaluación

Se continuó con el esquema de antibióticos, durante este no presenta hipertermia ni datos de inflamación, sus leucocitos están disminuyendo.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>83</sup> / NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.<sup>84</sup>

**Campo:** 02 Fisiológico Complejo

**Clase:** N Control de perfusión tisular

**Intervención:** 4220 Cuidados del catéter central de inserción periférica

**Definición:** inserción y mantenimiento de un catéter central de inserción periférica para el acceso a la circulación central

**Actividades:**

Observar si hay signos de flebitis

Utilizar técnica estéril para el cambio de apósito del sitio de Inserción de acuerdo con el protocolo: irrigar la vía

Posterior a ministración de medicamentos o extracciones

Sanguíneas.

Enseñar al paciente los signos de infección e indicarle que reporte cualquier alteración.

Mantener las precauciones universales.

**Evidencia científica**

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos que consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena, a través del cual se infunden al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes.

Representa un importante apoyo durante el proceso asistencial de los pacientes, independientemente de la complejidad del problema de salud.

La literatura mundial ha descrito ampliamente complicaciones infecciosas y otros problemas como extravasación, infiltración y oclusión, como una amenaza a la integridad del paciente ya que cuando éstas se agravan, se asocian a una morbilidad considerable y a un mayor riesgo de muerte.

El equipo de administración de la terapia de infusión deberá cambiarse cada 72 Hrs. si existe sospecha de contaminación o infección sistémica asociada a un catéter central o periférico, se procederá al retiro inmediato. En caso de infección localizada en el sitio de inserción del catéter venoso central sin evidencia de complicación sistémica, en pacientes con dificultad para ubicar un nuevo acceso venoso central, considerar la toma de cultivo del sitio de inserción y la curación cada 24 horas hasta la remisión del evento, si no se controla la infección local y se identifican datos sistémicos de infección, se retira de forma inmediata.

<sup>83</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>84</sup> NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

### Evaluación

La línea vascular no presenta datos de infección se mantiene permeable, se siguen cuidados de acuerdo al protocolo de catéter de la Nom 022 SSA3 2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>85</sup>

**Campo:** 02 Fisiológico Básico

**Clase:** B control de eliminación

**Intervención:** 1876 Cuidados del catéter urinario

**Definición:** Actuación ante un paciente con equipo de drenaje urinario

Actividades:

- Observar las características del líquido drenado.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario, asegurar que esté por debajo del nivel de la vejiga.
- Limpiar la parte externa del catéter a nivel del meato.
- Limpiar el equipo de drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.
- Mantener el cuidado de la piel meticulosamente.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos específicos.
- Realizar cuidados del meato uretral con agua y jabón
- Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter vesical

**Evidencia científica**

Entre el 10% y el 20% de los cirróticos ingresados presentan infecciones urinarias, siendo la mayor parte causadas por bacilos aerobios gramnegativos. Con frecuencia las infecciones urinarias en estos pacientes presentan escasa sintomatología local o son incluso asintomáticas, por lo que debe prestarse especial atención para su detección. Las infecciones bacterianas constituyen además una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en el paciente cirrótico, siendo esta última cinco veces superior que en los pacientes cirróticos no infectados<sup>86</sup>

<sup>85</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>86</sup> María Poca, Germán Soriano, Carlos Guarner. (2013). Infecciones bacterianas en pacientes cirróticos. 16 02 2019, de Unidad de Hepatología. Servicio de Patología Digestiva. Universidad Autónoma de Barcelona Sitio web: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/64\\_Infecciones\\_bacterianas\\_en\\_pacientes\\_cirroticos.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/64_Infecciones_bacterianas_en_pacientes_cirroticos.pdf)

### Evaluación

No se presentan datos de infección vesical se lleva acabo de acuerdo al indicador de calidad para la prevención de infecciones por sondaje vesical

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>87</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>88</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 03 Eliminación intercambio.</p> <p><b>Clase:</b> 02 Función gastrointestinal.</p> <p><i>00011 Estreñimiento r/c opioides, dentición inadecuada higiene oral inadecuada, desequilibrio hidroelectrolítico m/p esfuerzo al defecar heces en formas duras.</i></p> <p><b>Definición:</b> Disminución de la frecuencia normal de la defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica</p> <p><b>Clase:</b> F Eliminación</p> <p>0501 Eliminación intestinal</p> <p><b>Definición:</b> Formación y evacuación de heces</p>	<p>Estreñimiento</p> <p>Facilidad de eliminación de heces</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1-Desviación grave del rango normal</p> <p>2- Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	<p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p>

<sup>87</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>88</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>89</sup> / GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA<sup>90</sup>

**Campo:** 01 Fisiológico Básico

**Clase:** B Control de eliminación

**Intervención:** 0450 Manejo del estreñimiento

**Definición:** Prevención y alivio del estreñimiento

Actividades:

Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia forma, volumen y color.

Vigilar presencia de peristaltismo, instruir al paciente sobre una dieta rica en fibra, instruir al paciente sobre uso de laxantes.

Ministración de lactuosa para evitar el estreñimiento.

**Evidencia científica**

Se reconoce que en la insuficiencia Hepática, el estreñimiento es un factor de incremento de amonio .<sup>41</sup>

Se conoce que las toxinas responsables de Encefalopatía Hepática se forman en el intestino y que esto es favorecido por el estreñimiento y el contenido bacteriano.<sup>91</sup>

El estreñimiento permite un mayor contacto de sustancias nitrogenadas con las bacterias intestinales, lo cual lleva a una mayor producción de amonio.<sup>92</sup>

<sup>89</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>90</sup> Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Desequilibrio Acido base. Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)

<sup>91</sup> Bustíos Sánchez, Carla. (2007). Encefalopatía hepática. Acta Médica Peruana, 24(1), 40-46. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100010&lng=es&tlng=es)

<sup>92</sup> Idrovo, Víctor. (2003). Encefalopatía hepática. Revista Colombiana de Gastroenterología, 18(3), 163-167. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572003000300009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572003000300009&lng=en&tlng=es)

## Evaluación

Se realiza registro de evacuaciones, se evita el estreñimiento. Para el día tres presentaba evacuaciones semilíquidas no expresa dificultad para la evacuación ni esfuerzo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>93</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>94</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b> 11 Seguridad/protección</p> <p><b>Clase:</b> 02 Lesión física</p> <p><b>00048 Deterioro de la dentición r/c Uso de agentes abrasivos, Higiene oral ineficaz, consumo de tabaco m/p Gingivitis, halitosis, caries, exceso de placa, falta de piezas dentarias.</b></p> <p><b>Definición:</b> Alteración de los patrones de desarrollo, erupción de los dientes o integridad estructural.</p>	<p><b>Dominio:</b> 02 Salud fisiológica.</p> <p><b>Clase:</b> L integridad tisular</p> <p><b>1100 Salud Oral</b></p> <p><b>Definición:</b> Estado de la boca, dientes, encías y lengua</p>	<p>110001 Limpieza de la boca.</p> <p>110002 Limpieza de los dientes.</p> <p>110004 Limpieza de la lengua</p> <p>110017 Halitosis</p> <p>110023 Caries dental</p> <p>110024 Gingivitis</p> <p>119926 Ausencia de dientes</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1-Gravemente comprometido</p> <p>2- sustancialmente comprometido</p> <p>3 moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>

<sup>93</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>94</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>95</sup> / NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.<sup>96</sup>

<p><b>Campo:</b> 01 fisiológico básico</p> <p><b>Clase:</b> <i>F Facilitación del autocuidado</i></p> <p><b>Intervención:</b> 1730 Restablecimiento de la salud bucal</p> <p><b>Definición:</b> Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.</p>
<p>Determinar la frecuencia necesaria para el cuidado oral, animando al paciente o a su familia para ayudar con el cuidado oral.</p> <p>Indicar al paciente que utilice un cepillo de cerdas suaves.</p> <p>Administrar colutorios (Solución salina)</p> <p>Desaconsejar el hábito de fumar</p> <p>Desaconsejar el hábito de consumir alcohol</p> <p>Explicar la importancia de la ingesta nutricional adecuada</p> <p>fomentar el consumo con proteínas , hierro y vitaminas</p>

<p><b>Evidencia científica</b></p> <p>De acuerdo con el estudio sobre la carga mundial de enfermedad (Global Burden Disease, GBD 2010), de las cincuenta enfermedades y trastornos más prevalentes e incapacitantes, tres son del ámbito de la salud bucal: caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo (reconocidos como problemas de salud pública). Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, aftas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de la encía), caries dental, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal</p>
--

<sup>95</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>96</sup> NOM013SSA22015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Consultado

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>97</sup> / GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA<sup>98</sup>

**Campo:** 01 fisiológico básico

**Clase:** *F Facilitación del autocuidado*

**Intervención:** 1720 fomentar la salud bucal

**Definición:** Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente

**Actividades:**

- Monitorizar el estado de la boca del paciente.
- Instruir al paciente o a su familia sobre la frecuencia y la calidad de atención a la salud oral, uso de cepillo y colutorio
- Ayudar al paciente al cepillado de los dientes, las encías y la lengua.
- Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco
- proporcionar ayuda para dejar de fumar.

**Evidencia científica**

Las infecciones Odontogénicas, afectan estructuras que forman el diente y el periodonto; incluyen caries, pulpitis, absceso periapical, gingivitis, periodontitis y pericoronitis Las infecciones de la cavidad oral están conformadas por microorganismos tanto aerobios como anaerobios, los cuales en determinadas circunstancias pueden comportarse de manera oportunista, pacientes de cualquier edad sin preferencia de sexo pueden ser susceptibles a este tipo de infecciones, entre los más afectados son aquéllos con una condición sistémica comprometida, La alta prevalencia de esta patología, se debe principalmente a las malas condiciones orales de la población, lo que en algunos casos se ve agravado por factores de orden sistémico (diabetes, inmunosupresión, drogadicción, insuficiencia renal). En las actividades de prevención debe participar un equipo multidisciplinario de salud (médico cirujano dentista, enfermera, trabajo social, etc.) La educación a paciente y familiares sobre salud bucal para su Autocuidado Higiene Bucal (Cepillado de dientes, uso de hilo dental) Aplicación de flúor Control odontológico cada 6 meses Dieta balanceada Profilaxis a base de pastas dentales (Fluoruro de estaño, Clorhexidina, Triclosán/copolimero, Barniz de fluoruro de sodio al 5% para prevenir caries)

<sup>97</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>98</sup> Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Odontogénicas en Adultos en el Primer y Segundo Nivel de Atención Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)

### Evaluación

Se realiza higiene de la dentadura, muestra mejoría en su estado bucal, se establece una higiene bucal después de los alimentos ya no presenta restos alimenticios en dentadura mejorando su higiene bucal, copera en su mantenimiento de la misma.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>99</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>100</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<b>Dominio:</b> 07 Rol relaciones  <b>Clase:</b> 03 Desempeño del rol 00052 Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas m/p discomfort en las situaciones sociales  <b>Definición:</b> Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social	<b>Dominio:</b> 05 Salud percibida <b>Clase:</b> U Salud y calidad de vida  <b>2012 Estado de comodidad: sociocultural</b> <b>Definición:</b> Tranquilidad social relacionada con relaciones interpersonales familiares y sociales en un contexto cultural	Relaciones con los amigos Capacidad de comunicar necesidades	1,2,3,4,5 1 Gravemente comprometido  2 Sustancialmente comprometido  3 Moderadamente comprometido  4 Levemente comprometido  5 No comprometido	3	4

<sup>99</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>100</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>101</sup>

**Campo:** 03 Conductual

**Clase:** *Q potenciación de la comunicación*

**Intervención:** 4920 Escucha activa

**Definición:** Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente

Actividades:

Establecer el propósito de interrelación

Mostrar interés por el paciente.

Hacer preguntas o afirmaciones que lo anime a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones personales o distracciones

Mostrar interés y sensibilidad hacia las emociones que Expresa.

Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la Comunicación

Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresivos y además atender al contenido de la conversación.

**Evidencia científica**

La comunicación con los pacientes no solo está dada por palabras, el desafío de los cuidadores es hacerse entender por el paciente y entenderle, hablar con él con un lenguaje que para ambos tenga sentido, y cuando no haya palabras establecer una relación de cuidador.

Para un cuidado integral y una comunicación efectiva, es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación terapéutica, utilizando una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna brindando disposición al diálogo, a la escucha; además la enfermera debe tener la capacidad de aceptar al paciente tal y como es, generar en el confianza y serenidad y brindarle seguridad y apoyo efectivo.<sup>102</sup>

<sup>101</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>102</sup> Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 94-98 consultado 17 de 02 de 2019 en sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>103</sup>

**Campo:**03 Conductual

**Clase:** R ayuda para el afrontamiento

**Intervención:** 5240 Asesoramiento

**Definición:** Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento la capacidad de resolver problemas y las relaciones

Actividades:

Demostrar empatía calidez y sinceridad.

Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.

Favorecer la expresión de sentimientos.

Fomentar la situación de hábitos indeseables por hábitos deseables.

**Evidencia científica**

El consumo del alcohol tabaco y otras drogas es un problema de salud pública a nivel mundial sus consecuencias abarcan no solo al individuo sino a sus familias y a las comunidades enteras. Además del daño a la salud que represente, el consumo de las mismas.

El consumo del alcohol en el mundo es el principal factor de riesgo en el desarrollo de 60 enfermedades, es responsable de aproximadamente 2.5 millones de muertes y 4% de la carga total de la enfermedad<sup>104</sup>

La enfermería debe replantear su práctica para adaptarse a las necesidades del usuario. Para ello es necesaria no sólo la enseñanza de conceptos teóricos, sino también de principios éticos y valores morales, que haga de la práctica enfermera una profesión humanizada.<sup>105</sup>

<sup>103</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>104</sup> Comisión Nacional contra las adicciones (2012). Actualidades en Adicciones Secretaria de Salud. Mexico: Berit.

<sup>105</sup> Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 94-98 consultado 17 de 02 de 2019 en sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>106</sup>

**Campo:** 01 Fisiológico básico.

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

**Clase:** F Facilitación del autocuidado.

Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.

**Intervención:** 1850 Mejorar el sueño.

**Definición:** Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilia.

Actividades:

Determinar el patrón del sueño.

Explicar la importancia del sueño durante la enfermedad.

Ajustar el ambiente luz ruido temperatura para favorecer el sueño.

Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo actividad que favorezca la vigilia.

Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño vigilia.

Comentar técnicas para favorecer el sueño .

**Evidencia científica**

El ser humano tiene la necesidad fisiológica de dormir durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación patológica implica un gasto extra de energía. Las preocupaciones que conlleva, en muchas ocasiones influye sobre el patrón descanso-sueño, alterándola. La mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como pueden ser el ruido, la iluminación, falta de intimidad, interrupciones por procedimientos terapéuticos. Los trastornos del sueño aparecen entre el 12 y el 25% de la población en general. El patrón normal puede verse alterado por el ingreso en un hospital, y este hecho, va a hacer que la persona que permanece en un servicio de hospitalización no pueda concluir con éxito el descanso diario necesario, constituyendo un factor negativo que repercute e influye en el estado del paciente.<sup>107</sup>

<sup>106</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>107</sup> Medina Cordero, A., Feria Lorenzo, D.J., & Oscoz Muñoa, G. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso.

Enfermería Global, (17) Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es).

## Evaluación

Se otorga el ambiente en el cual se pueda expresar y manifestar su estado emocional; el paciente se muestra con más tranquilidad y refiere una buena atención por parte del personal de atención sanitaria, pudo mejorar sus periodos de sueño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) <sup>108</sup>	RESULTADO (NOC) <sup>109</sup>	Indicador (es)	Escala de medición	Puntuación Diana	
				Mantener en:	Aumentar a:
<p><b>Dominio:</b>07 rol/relaciones</p> <p><b>Clase:</b>01 roles del cuidador</p> <p>(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c presencia de agentes situacionales estresantes manifestado cuestionario Robinson</p> <p><b>Definición: riesgo de vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol cuidador familiar</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 06 Salud familiar</p> <p><b>Clase W ejecución del cuidador familiar</b></p> <p><b>2208 Factores estresantes del cuidador familiar</b></p> <p><b>Definición:</b> Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un periodo de tiempo</p>	Factores estresantes referidos por el cuidador	<p>1,2,3,4,5</p> <p>1 Gravemente comprometido</p> <p>2 Sustancialmente comprometido</p> <p>3 Moderadamente comprometido</p> <p>4 Levemente comprometido</p> <p>5 No comprometido</p>	3	4

<sup>108</sup> Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.

<sup>109</sup> Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)<sup>110</sup>

**Campo:** 05 familia

**Clase:** X cuidados durante la vida

**Intervención:** 7040 Apoyo al cuidador principal

**Definición:** ofrecer la información, consejos y apoyo necesario para facilitar que el cuidador primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario

Actividades:

Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

Referir a las rede de apoyo.

Fomentar con el personal de psicología, apoyo socioemocional.

Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí

Mismo

**Evidencia científica**

La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en su salud, su vida social, personal y económica. Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido al gran número de horas usadas, éstos se consideran vulnerables, pues para ellos el cuidado implica importantes costes materiales, económicos, sociales y de salud.<sup>111</sup>

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente "oculto" o "desconocido", que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER

<sup>111</sup> Prieto Miranda SE Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015; 31:660-668.

<sup>112</sup> Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. (2012). NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

### Evaluación

De acuerdo a las necesidades del cuidador se proporcionó la escucha así como también se canalizó con el servicio de trabajo social para que le ayude en su situación económica.

Durante la estancia se le reviso la presión y la glucosa para que también llevara un control de su salud.

## VII. PLAN DE ALTA

COMUNICACIÓN	<p>Se le hace saber al paciente y a su familiar que si aparece algún tipo de problema con el estado de salud del paciente acudir a urgencias del Hospital Dr. Manuel Gea González o a un hospital cercano.</p> <p>Se realiza interconsulta con trabajo social para obtener ayuda, se aconseja estar en comunicación con su familia para que reciba apoyo emocional.</p> <p>Se recomienda que asista al odontólogo para mejorar el estado de su dentición.</p> <p>Se propone acudir a centros de rehabilitación para el abandono de sustancias nocivas.</p>
URGENTE	Alteración de la conciencia letargia cambios en su memoria, sangrado por vómito, sangre en heces u orina así como dolor insoportable, fiebre superior a 38°C mantenida, ictericia.
INFORMACIÓN	Mantener una recuperación con tiempo de descanso para mejorar el estado físico y emocional, evitar esfuerzos, mantener un ambiente de confort para facilitar su recuperación, , mantener la piel limpia e hidratada, evitar poner agentes con irritantes en tegumentos, realizar higiene bucal después de los alimentos.
DIETA	Realizar una adecuada alimentación evitando grandes volúmenes de comida, aumentar el consumo de fibra para evitar el estreñimiento, restringir el consumo de sal a 2g al día. Alimentos recomendados: leche, yogures, salmón, sardina, atún fresco, pollo, verduras, frutas en general, azúcar, mermelada, agua, té, mayonesa con moderación, mantequilla sin sal, evitar el consumo de alimentos irritantes, la ingesta de alcohol refrescos y café.
AMBIENTE	Propiciar el confort manteniendo un ambiente cálido, seguro, evitando objetos que puedan crear daño, evitar superficies resbalosas. Para mejorar el descanso; sueño, se recomienda mantener un uso de prendas adecuadas y comidas ayudando también a mantener una temperatura adecuada.
RECREACIÓN Y USO DE TIEMPO LIBRE	Ver televisión, escuchar radio, utilizar sopas de letras, crucigramas, crear un ambiente de uso de actividades recreativas evitando hacer siestas durante el día.
MEDICACIÓN Y TRATAMIENTO	Continuar con indicaciones según prescripción médica. Se sigue la medicación mientras continúa en la estancia hospitalaria para evitar complicaciones.
ESPIRITUALIDAD	Realizar actividades que le fortalezcan su paz interior y con sus familiares, tener en cuenta que estar en un estado de equidad social propicia un clima emocional agradable.

## VIII. CONCLUSIÓN

La insuficiencia hepática es un proceso inflamatorio que va alterando el funcionamiento hepático llevando al paciente a un deterioro progresivo al trastornar el funcionamiento de la mayor parte de los órganos vitales y su estilo de vida. Es por ende que la aplicación del proceso enfermero nos permite brindar y aplicar cuidados individualizados a este tipo de pacientes.

Los cuidados de enfermería son de suma importancia para estabilizar su estado de salud, retardar las complicaciones y en la medida de lo posible ayudarlo a recuperar su autonomía.

Los cuidados que se proporcionan son encaminados a evitar la progresión de la insuficiencia hepática, educación para un cambio en su estilo de vida y poder ayudar a que la insuficiencia hepática no conlleve a una alteración mayor como lo es la encefalopatía hepática o llegar a desarrollar una neoplasia hepática.

Mi metodología fue basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson donde en cada necesidad se recopilaban datos de relevancia para dar una atención holística en la persona. Durante esta recolección de datos y la anamnesis me apoyé de distintos instrumentos que me permitieron indagar más sobre los diferentes aspectos socioculturales, psicológicos, fisiológicos, biológicos y espirituales que me permitieron atender las necesidades alteradas, logrando un razonamiento crítico y dar mi juicio clínico fomentando el desarrollo de mis habilidades teórico prácticas para realizar una buena praxis, dado que estos pacientes están expuestos a diferentes procedimientos durante su estancia hospitalaria. Es por eso que como enfermero desarrollé habilidades, destrezas y competencias para reconocer diagnósticos de enfermería precisos e implantar intervenciones apropiadas para brindar el mejor cuidado posible. Los diagnósticos de enfermería precisos nos guían a la selección de las mejores intervenciones que nos darán resultados para la mejora del estado de salud del paciente y disminuir los días de estancia hospitalaria. Un manejo inadecuado del cuidado enfermero aumentaría los días de hospitalización.

Con la aplicación de los cuidados planeados mejoró su estado clínico; sus enzimas hepáticas disminuyeron, los valores de los electrolitos séricos se regularizaron, los elementos azoados disminuyeron significativamente, evitando la progresión de la

enfermedad y evitando la encefalopatía hepática. El paciente coincidió que debía de mejorar su patrón de vida y seguir con el plan médico y de enfermería.

Una de las ventajas al aplicar el proceso de atención de enfermería en este caso clínico es apoyar el conocimiento de enfermería para determinar intervenciones que se pueden dar a los pacientes con insuficiencia hepática, permitiendo la satisfacción de sus necesidades, para mejorar su estado de salud a través de un sustento científico.

Durante la realización de este trabajo pude adquirir nuevos conocimientos que me han ayudado a mi desarrollo profesional. Me ayudó a enriquecer mi panorama en el cuidado a este tipo de pacientes.

## IX. BIBLIOGRAFÍA O FUENTES ELECTRÓNICAS

1. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier doyma, S.L; 2003. p. 4
2. Bulechek G. Howard, K. Dochterman S. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC, 5ta ed. España ELSEVIER
3. Bustíos Sánchez, Carla. (2007). Encefalopatía hepática. Acta Médica Peruana, 24(1), 40-46. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100010&lng=es&tlng=es)
4. Cardenas, M. (2011) El objeto de estudio y los núcleos básicos disciplinares México UNAM/ENEO
5. Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Desequilibrio Acido base. Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)
6. Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Insuficiencia Hepática. Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)
7. Catálogo maestro de Guías de Práctica clínica. Prevención Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Odontogénicas en Adultos en el Primer y Segundo Nivel de Atención Recuperado de: [https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page\\_id=4445](https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=4445)
8. Charrier, J. Ritter, B. El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Ed. Masson. Elsevier España. 2005. Madrid.
9. Comisión Nacional contra las adicciones (2012). Actualidades en Adicciones Secretaria de Salud. México: Berit.
10. Cristina Francisco del Rey Esperanza Ferrer Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC Fundamentos de enfermería sitio web [http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar\\_betancourt/apuntes/recurso\\_883.pdf](http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf)
11. Dr. ADELA EMILIA GÓMEZ AYALA. (4 Julio Agosto 2012). Cirrosis hepática. Farmacia Salud, vol. 26, pág. 50. Consultado sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412502272>
12. Dr. Arturo Puga García, Filosofía y ciencia de la enfermería vinculada al proceso formativo de sus recursos humanos. Gaceta Médica Espirituana 2007 sitio web: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)\\_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_18/p18.html)
13. Dr. D. José Albaladejo Méndez. (2012). Volviendo a lo básico. 27/01/2019, de Fundación para la formación e Investigación Sanitaria Sitio web: [http://www.ffis.es/volviendoalobasico/32alteracin\\_del\\_ph.html](http://www.ffis.es/volviendoalobasico/32alteracin_del_ph.html)
14. Dra. Adriana López Quintana. (--). Dra. Adriana López Quintana. 9 febrero 2019, de Sociedad latinoamericana de emergencias y cuidados intensivos Sitio web: <http://laveccs.org/resumenes/TRASTORNOS-DE-LA-COAGULACION.pdf>

15. Enfermera especialista Fanny Cisneros G. Teorías y modelos de enfermería Universidad del cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería
16. Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. (2012). NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
17. Gerard J Tortora; bryan Derrickson. (2013). Principios de anatomía y fisiología. México: Medica panamericana. Pág. 924-927
18. Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Secretaría de Salud año de autorización 2009.
19. Herdman, T.H. (2012). (Ed.) NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.
20. HERNANDEZ CORTINA, Abdul y GUARDADO DE LA PAZ, Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. Cubana Enfermer. 2004, vol.20, n.2, pp. 1-1 sitio web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192004000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192004000200007)
21. Idrovo, Víctor. (2003). Encefalopatía hepática. Revista Colombiana de Gastroenterología, 18(3), 163-167. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-995720030003000009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-995720030003000009&lng=en&tlng=es)
22. Irantzu Lafuente Pérez. Justificación científica de los cuidados enfermeros en la cirrosis hepática en base a los diagnósticos descritos por la NANDA. 2019, de Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería Sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5557/1/TFG-H87.pdf>
23. Irantzu Lafuente Pérez. (2014). Justificación científica de los cuidados enfermeros en la cirrosis hepática en base a los diagnósticos descritos por la NANDA. 2019, de Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería Sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5557/1/TFG-H87.pdf>
24. Karolina Vitorelli Diniz Lima Fagundes 15-12-14 Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres sitio web <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36942/60884>
25. Lifshitz. El Internista. Medicina Interna para Internistas. México 2013: Colegio de Medicina Interna de México.
26. María José Álvarez Gonzalez, Irune A. (2004). Guía de Práctica Clínica Cuidados críticos de enfermería. Hospital Txagorritxu
27. María Poca, Germán Soriano, Carlos Guarner. (2013). Infecciones bacterianas en pacientes cirróticos. 16 02 2019, de Unidad de Hepatología. Servicio de Patología Digestiva. Universidad Autónoma de Barcelona Sitio web: [https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/64 Infecciones bacterianas en pacientes cirróticos.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/64%20Infecciones%20bacterianas%20en%20pacientes%20cirroticos.pdf)

28. Marisa Canicoba, Nora Domínguez, Silvia C Gutiérrez. (2014). Nutrición en las enfermedades hepáticas crónicas. 09 febrero 2019, de Nutrición clínica en Medicina Sitio web: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5023.pdf>
29. MARRINER Tomey, Ann. (1999) Modelos y teorías en enfermería. España. Harcourt Brace. Pág. 102
30. Mtra. María de Jesús Posos Modelo del cuidado de enfermería primera edición Secretaria de salud mayo 2018
31. Medina Cordero, A., Feria Lorenzo, D.J., & Oscoz Muñoa, G.. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global, (17) Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es&tlng=es)
32. Mesejo, A., Juan, M., & Serrano, A.. (2008). Cirrosis y encefalopatía hepáticas: consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional. Nutrición Hospitalaria, 23(Supl. 2), 8-18. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000600003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600003&lng=es&tlng=es)
33. Moorhead S, Johnson, M, Maas, ML. Swanson. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ta ed. España ELSEVIER.
34. Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm 2006; 24(1): 94-98 consultado 17 de 02 de 2019 en sitio web: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
35. NOM 019 SSA3 2013 Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF 02 09 2013
36. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Consultado
37. NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
38. Observatorio de Metodología de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería de Observatorio de Metodología de Enfermería Sitio web: [http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=109#ancla2](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=109#ancla2)
39. Oscar Osorio Solache Responsable de contenidos Raúl Garate 2014 PROMOCIÓN DE LA SALUD Consultado en: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
40. Porfirio Morán Oviedo. (Enero 2004). La docencia como recreación y construcción del conocimiento 2004, de Licencia Creative Commons Sitio web: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982004000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100003)
41. Prieto Miranda SE Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:660-668.

42. programa de enfermería fundamentos de enfermería
43. Ramón Agirrezabala, Otros. (Abril 2017). Uso De Medicamentos En Enfermedad Hepática Crónica. Información Farmacoterapéutica, Vol. 25, Pág. 62. Consultado 9 de 02 del 2019 en sitio web: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2017/es\\_def/adjuntos/NFAC\\_Medicamentos%20en%20enfermedad%20hep%C3%A1tica\\_vol\\_25\\_6\\_2017\\_ES.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/NFAC_Medicamentos%20en%20enfermedad%20hep%C3%A1tica_vol_25_6_2017_ES.pdf)
44. Raúl Narváez-Sánchez, M.D. (2004). Raúl Narváez-Sánchez, M.D. Colombia médica, vol. n° 35, pág. 1-14 sitio web <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n4/cm35n4a10.pdf>
45. Rosa A. Zarate Grajales La Gestión del Cuidado de Enfermería Índex Enferm vol.13 no.44-45 Granada 2004
46. Rodríguez, S. Método vs Metodología México UNAM ENEO 2011
47. Sebold, L.F. Carraro, TE. La práctica pedagógica del docente en enfermería: una revisión integradora de la literatura Enfermería Global Rev. N° 22 abril 2011 sitio web: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/revision4.pdf>
48. SECRETARIA DE SALUD. (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. 24/02/2019, de Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño Sitio web: [www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html)
49. Sonia Duque Cardona Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento sitio web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>
50. Sosa Hernández, Roberto, Sánchez Portela, Carlos A, & Hernández Iglesias, Sergio Santiago. (2007). Presión intraabdominal y síndrome compartimental en cirugía. Artículo de revisión. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 11(1), 83-98. Recuperado en 07 de marzo de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942007000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000100011&lng=es&tlng=es).
51. Sotomayor, S.M. (2011), Naturaleza de la enfermería (Manuscrito no publicado). México: UNAM/ENEO/SUA.
52. UNAM El proceso de Atención de Enfermería 2013 Sitio web: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>
53. Valverde, Marcelo, Menéndez, Josemaría, Olivari, Daniela, Scalone, Paola, Rocca, Andrea, Aclé, Santiago, & Gerona, Solange. (2014). Síndrome Hepatorrenal: abordaje clínico y estrategia terapéutica. *Archivos de Medicina Interna*, 36(1), 17-27. Recuperado en 09 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2014000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000100004&lng=es&tlng=es).
54. Definición de enfermería. 15-05-2018, de Consejo internacional de enfermeras Sitio web: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/la-definicion-de-enfermeria-del-cie-618.html>

## X. ANEXOS

### 34.1 Anexo I Consentimiento Informado

#### Carta de consentimiento informado

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. Se solicita el consentimiento para la realización de un estudio de caso que consiste en el seguimiento de su padecimiento, con la única finalidad de registrar datos de sus signos y síntomas con una previa valoración de su estado actual de salud-enfermedad.
- II. Los procedimientos que se realizarán serán únicamente valoración y efectuar revisiones periódicas de su evolución la cual consistirá en la exploración física por un lapso de una semana aproximadamente, que son inofensivos, no hay molestias, ni riesgos por esta valoración, esto me permitirá tener un seguimiento de su padecimiento, y así poder evaluar la importancia de los cuidados de enfermería, que en un futuro se podrán proporcionar a otras personas que padezcan si misma enfermedad.
- III. Todas las dudas que tuviera Ud. Y su familia de las acciones que realizaría serán aclaradas antes de. Explicando ampliamente. Que en el momento que Ud. O su familia responsable decidan dejar de participar en el estudio.
- IV. Siempre se mantendrá la confidencialidad de Ud. Y de su información relacionada con su privacidad, autorizando en su caso la publicación de los resultados y que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicara su nombre o revelara su identidad.

Con la fecha de 28 Diciembre 2018, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a su participación en este proyecto.

Gilberto J.B.

Nombre y firma del  
paciente

[Firma]

Nombre y firma de  
familiar responsable

[Firma]

[Firma]

Nombre y firma del  
investigador

### 35.1 Anexo II Instrumento de valoración Virginia Henderson 14 necesidades

#### Valoración de enfermería

NOMBRE DEL ALUMNO: <u>Conrado López Martínez</u>	
SERVICIO: <u>Medicina Interna</u>	FECHA: <u>28-Dic-2018</u>

#### I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: <u>Jimenez Barcenas Gilberto</u>	EDAD: <u>28 a</u>	SEXO: <u>Hombre</u>
DIAGNOSTICO MEDICO: <u>Institucion hepática +</u> <u>2 indome supresión et. lica + Acidosis metabólica</u>		SERVICIO: <u>Medicina Interna</u>
DIRECCION: <u>CDMX Pedregal de Sto Domingo Coahuacán</u>		
TELEFONO: <u>56187060</u>	NOMBRE DEL PADRE / TUTOR / INFORMANTE: <u>Guadalupe Barcenas</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>Soldador</u>		
INTEGRANTES DE LA FAMILIA: NUMERO, EDADES, ESTADO DE SALUD:		
Parentesco	Edad	Estado de Salud

#### II. VALORACION POR NECESIDADES

##### 1. OXIGENACIÓN

CARDIACO		
FRECUENCIA CARIACA: <u>86 x'</u>	PULSO: <u>86 x'</u>	TENSION ARTERIAL: <u>117/64</u>
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES
Taquicardia	Rebotante	
Bradycardia	Taquisfignia	
Arritmia	Bradisfignia	
	Filiforme	

RESPIRATORIO				
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>18</u>			SATURACION DE OXIGENO: <u>88</u>	
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal	Superficial	Kusmaull	Crepitantes	
Taquipnea	Profunda <input checked="" type="checkbox"/>	Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea		Disnea	Sibilancias	
		Cheyne Stokes	Esteriores	

COLORACION TEGUMENTARIA		
Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____
Llenado Capilar: <u>3</u>	<u>ictencia</u>	

**1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN / CIRCULACIÓN**

ÁREA DE DEPENDENCIA:

Marque con una "x" la opción que considera más correcta:

Para mantener esta necesidad considera usted que la persona cuenta con:

Fuerza       Voluntad       Conocimiento

NIVELES DE CONCIENCIA

Alerta	<input checked="" type="checkbox"/>
Somnolencia	<input type="checkbox"/>
Obnubilación	<input type="checkbox"/>
Estupor	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE GLASGOW  
(únicamente para paciente neurológico)

VARIABLES	ESCALA
Abertura ocular	Supinadas 4
	A. vez 3
	A. vez 2
Respuesta verbal	Orientada 5
	Confusa 4
	Palabras inapropiadas 3
	Palabras incomprensibles 2
Respuesta motora	Obedece comandos 6
	Localiza dolor 5
	Movimiento de retirada 4
	Flexión anormal 3
	Extensión anormal 2
	Abducción 1

ESCALA DE RAMSAY  
(únicamente para paciente en sedación)

Nivel	Descripción
Despierto	
1	Con ansiedad y agitación o inquieto
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales.
4	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entorpecido
5	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entorpecido
6	Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entorpecido

Total: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Signos Vitales

Tensión arterial: 117/64 Frecuencia cardiaca: 86 Frecuencia respiratoria: 18 Temperatura: 36°C

OTROS:

Presión Arterial Media: 81.6 Saturación de Oxígeno: 88% Llenado capilar: <3"

Presión venosa central \_\_\_\_\_

PREGUNTAR A LA PERSONA:

¿Padece alguna enfermedad respiratoria?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

Tiene antecedentes hereditarios de enfermedades respiratorias y/o cardiovasculares: Sí Hipertensión Arterial Abuela patana y abuelo patana muere por complicaciones de EPOC

Tabaquismo:  Sí  No ¿Cuántos cigarrillos consume al día? 2

consumo de marihuana e inhalaba pegamento

Padece de: Tos seca:  Sí  No Disnea al esfuerzo:  Sí  No Disnea en reposo:  Sí  No

¿Qué actividades le provocan la disnea? \_\_\_\_\_

**INSPECCIÓN:**

Marque con una "x" lo valorado en la persona: *ictericia*

Coloración de la piel: Normal  Palidez  Rubicundez  Cianosis

Tipo de tórax: Normal  En Tonel  En Quilla  Pectum Excavatum

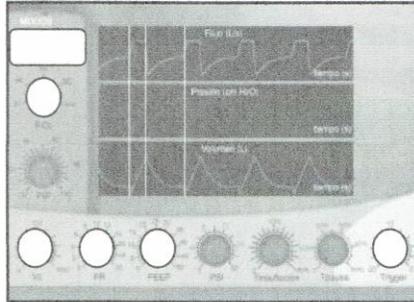
Tórax Escoliótico  Tórax Cifótico

Tipo de respiración: Normal  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Cuenta con dispositivos de ayuda para la ventilación mecánica no invasiva (especificar cuáles): *Puntas nasales a 3lt/min,*

Presenta vías aéreas artificiales:  Si  No Con lo anterior:

Anotar los valores programados si es que el paciente cuenta con ventilación mecánica invasiva, según sea el caso:



**PALPACIÓN:** Simetría:  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_

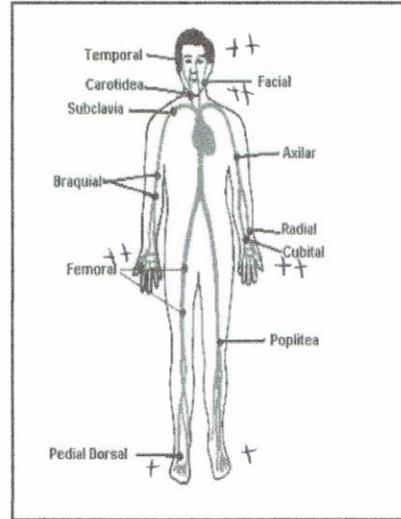
Crepitaciones:  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_

Vibraciones vocales: Si No Especifique: \_\_\_\_\_

Anota en el siguiente esquema las características de los siguientes pulsos en relación a la frecuencia y ritmicidad:

Tomando como referencia la siguiente tabla, señala en el esquema de pulsos su amplitud de cada uno de ellos:

No se palpan	(-)
Se palpan disminuidos	(+)
Se palpan normales	(++)
Se palpan aumentados	(+++)
Se palpan muy aumentados	(++++)
No se palpan	(-)
Se palpan disminuidos	(+)
Se palpan normales	(++)
Se palpan aumentados	(+++)
Se palpan muy aumentados	(++++)

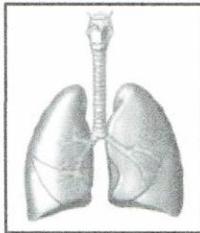


**PERCUSIÓN:** Aireadas normales:  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

Matidez:  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

Timpanismo:  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

**AUSCULTACIÓN:** De acuerdo a la auscultación por segmentos, señala que características presenta:



**DESCRIPCIÓN:** Apices y base ventilado con murmullo vesicular sin ruidos agregados

Con lo anterior, presenta: Sonidos respiratorios adventicios:  Sí  No Especifique: Roncus

Sibilancias  Estridor  Crepitaciones

Disminución de los sonidos respiratorios  Excesiva cantidad de esputo

Espasmo de las vía aéreas  Cambios en la frecuencia respiratoria

Valoración del par craneal N.I Olfatorio: percibe los olores que le puse  
to rinda de alcohol y una de perfume

**LABORATORIOS:**

BIOMETRIA HEMATICA  
 Fecha: 27-Diciembre  
 • Hemoglobina: 8.4 g/dl  
 • Eritrocitos: 3.09 10<sup>6</sup>/L  
 • Hematocrito: 25.4%  
 • Volumen corpuscular medio: 82.2  
 • Hemoglobina corpuscular media: 27.50pg

Interpretación: Anemia  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ELECTROLITOS SÉRICOS  
 Fecha: 27-Diciembre  
 • Sodio: 125 meq/L  
 • Potasio: 4.2 meq/L  
 • Calcio: 6.93 mg/dl  
 • Magnesio: 2.3mg/dl  
 • Fosforo: 5.89 mg/dl

Interpretación: hiponatremia  
hipocalcemia y hipofos-  
falemia  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

GASOMETRIA ARTERIAL  
 Fecha: 27 Diciembre  
 • pH: 7.46  
 • Dióxido de Carbono: 16.6  
 • Presión de Oxígeno: 51.6  
 • Saturación de Oxígeno: 87  
 • Bicarbonato de sodio: 11.9

Interpretación: Hipoxia  
por anemia  
Alcalosis  
respiratoria  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

BIOMETRIA HEMATICA  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 • Hemoglobina:  
 • Eritrocitos:  
 • Hematocrito:  
 • Volumen corpuscular medio:  
 • Hemoglobina corpuscular media:

Interpretación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ELECTROLITOS SÉRICOS  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 • Sodio:  
 • Potasio:  
 • Calcio:  
 • Magnesio:  
 • Fosforo:

Interpretación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

GASOMETRIA ARTERIAL  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 • pH:  
 • Dióxido de Carbono:  
 • Presión de Oxígeno:  
 • Saturación de Oxígeno:  
 • Bicarbonato de sodio:

Interpretación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE GABINETE:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOLUCIONES Y/O TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

APOYO VENTILATORIO / APORTE DE OXIGENO			
TIPO DE RESPIRACION	APOYO VENTILATORIO		PARAMETROS DEL APOYO VENTILATORIO
Oral:		Mascarilla	Puntos nasales a 3lt/min
Nasal:	✓	Puntas Nasales	
		Campana Cefálica	
Traqueotomía:		Ventilador	

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
PARCIAL	✓	FALTA DE FUERZA	
TOTAL		FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE		FALTA DE VOLUNTAD	

## 2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 56.7 Kg	Talla: 1.62mts	Perimetro Abdominal: 86
Peso ideal:	A perdido o ganado peso (cuanto)	Perdido de 10 a 8 kilos
Complejión (delgado, obeso, caquéxico): Delgado		

ALIMENTO				OBSERVACIONES
TIPO	SE ALIMENTA CON		TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES	
Fisiológico	✓	Cuchara	✓ Blanda	Dietapara pte hepatoapatia de 1500kcal, 60g, proteina se sacia con poca comida
Enteral (sondas)		Vaso	✓ Normal ✓	
Parenteral		Sonda	Papilla	
		Biberón	Suplementos	
			Especial	

LIQUIDOS				OBSERVACIONES
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LÍQUIDOS INGERIDOS		ALIMENTOS O BEBEDIAS QUE CAUSAN AGRADO O DESAGRADO	
< de 500ml		Agua		
500 a 1000ml	✓	Te		
>de 1000ml		Jugos		
		Refrescos		
SOLUCIONES PARENTERALES / TRANSFUSIONES				
Tipo de soluciones			Ml x hora	Gotas por minuto
Sol Salina 0.9% 1000cc P/2			83.3	27.7
Sol Salina 0.9% 500cc P/2			250ml	83.3

**En el hospital:**

Anotar el tipo de dieta indicada, si aplica: hipercalórica isocalórica + 60g proteínas

La persona cuenta con algún dispositivo de ayuda para la alimentación:  Sí  No

Especificar: \_\_\_\_\_

Requerimiento calóricos por Harris Benedict: 1466.91 kcal/día

Caída de cabello  Conjuntivas blanquecinas

**SOMATOMETRÍA:**

Peso: 56.7 Kg

Talla: 1.62 cm

IMC: 21.8 Kg/m<sup>2</sup>

Perímetro abdominal: 86 cm

**Marque con una "x" lo valorado en la persona:**

Pérdida de peso  Aumento de peso  Anorexia  Polifagia  Polidipsia

Labios: Fisuras  Úlceras  Inflamación

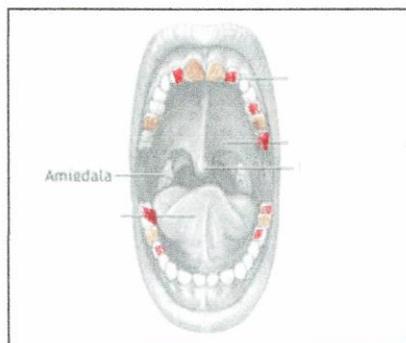
Cuántas veces al día se cepilla los dientes: 2 veces

Higiene bucal: Muy buena  Buena  Regular  Mala

Número de piezas dentales con las que cuenta: 26

Uso de prótesis dentales:  Sí  No

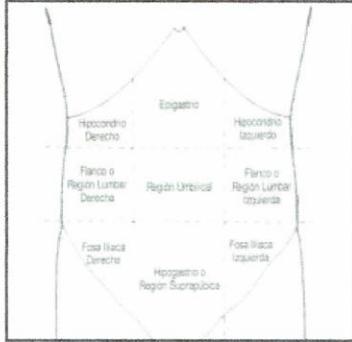
En el siguiente esquema marca con colores las piezas dentales faltantes (café), postizas (amarillo) y caries (rojo) según corresponda:



Gingivitis  Gingivorragia  Estomatitis  Dentición inadecuada  Halitosis   
Lengua saburral  Náuseas  Vómito  Pirosis  Hematemesis  Úlceras orales   
Enfermedad de reflujo gastroesofágico  Problemas para deglutir  Problemas al masticar

\* Glucosa capilar: 92 mg/dl

A la exploración física: Características del abdomen:



Inspección: Globozo, con circulación  
solo lateral, Telangectasia en Flanco  
izquierdo  
 Auscultación: 10x ruidos hidroaerios = de  
10x con Hiper sonoridad  
 Palpación Ditendido con dolor a la  
palpación  
 Percusión: Timpanico Hiper sonor

Marque con una "x" la opción que considera más correcta:

Para mantener esta necesidad considera usted que la persona cuenta con

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

En el hogar:

Cantidad de agua consumida al día: 1 litro

Aporte insuficiente de líquidos:

Método de purificación del agua: Comercial  Clorada  Hervida  Otro: \_\_\_\_\_

Tipo de líquidos consumidos: Agua pura  Agua de sabor  Refresco  Café

Consumo de bebidas alcohólicas:   No Cantidad: 4 cervezas Frecuencia: Diana

En el hospital:

Días de ayuno: \_\_\_\_\_ Pérdida de peso: \_\_\_\_\_

Ojos hundidos  Edema  Especificar características: \_\_\_\_\_

Alimentación por sonda  Retraso en el vaciado gástrico

Aumento del volumen gástrico residual

Presión venosa central (si aplica): \_\_\_\_\_

Osmolaridad calculada: \_\_\_\_\_ mmol/l Interpretación: \_\_\_\_\_

Control de líquidos:

Cuenta con datos de deshidratación:  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

QUÍMICA SANGUÍNEA  
Fecha: 27-Diciembre  
• Glucosa Sérica: 79 mg/dl  
• Albumina: 1.19 g/dl

Interpretación: hipoalbuminemia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*negativas*  
OTROS (ENZIMAS PANCREÁTICAS, PFH, ETC)  
Fecha: 27-Diciembre  
• Amino Amino Transferasa 49 IU/L  
Asparto Amino Transferasa 68 IU/L

Interpretación: elevación de enzimas hepáticas  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUÍMICA SANGUÍNEA  
Fecha: \_\_\_\_\_  
• Glucosa Sérica: Bilirrubina Total 7.77 mg/dl  
• Albumina: indirecta 3.10 mg/dl  
directa 4.67 mg/dl

Interpretación: hiperbilirrubinemia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OTROS (ENZIMAS PANCREÁTICAS, PFH, ETC)  
Fecha: \_\_\_\_\_  
• proteínas 5.39 g/dl

Interpretación: hipoproteinemia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE GABINETE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOLUCIONES Y/O TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATOS DIGESTIVOS					
Anorexia:	Nauseas:	Vomito:	Indigestión:	Hematemesis:	Pirosis:
Distensión: <input checked="" type="checkbox"/>	Masticación dolorosa:	Disfagia:	Polidipsia:	Polifagia:	Sialorrea:
Odinofagia:	Regurgitación:	Otro:			
OBSERVACIONES: <i>Abdomen fibroso, con red venosa colateral</i>					

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 3. ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL							
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES	
Fisiológica <input checked="" type="checkbox"/>	1	200	Cafe		bolitas	dice que puzo cuando hace	
Artificial (tipo)							
Estreñimiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Flatulencia:	Rectorragia:	Incontinencia:	Fisuras:	Pujo: <input checked="" type="checkbox"/>	Tenosmo:	
Masas:	Otros:						

ELIMINACIÓN URINARIA						
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR		
Espontanea		400ml	colora	Tiene sonda Foley		
Forzada						
Artificial <input checked="" type="checkbox"/>						
CARACTERÍSTICAS						
Nicturia:	Anuria:	Disuria:	Enuresis:	Incontinencia:		
Iscuria:	Oliguria:	Opsuria:	Polaquiuria:	Poliuria:		
Tenosmo:						

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad fisica (tiempo, tipo frecuencia):	no
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos):	solo
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos):	solo
Presencia de catéteres u otros dispositivos de tratamiento /diagnostico:	PICC, sondaje vesical
SOLO LACTANTES: ¿A qué edad se sentó?	¿A qué edad inicio a caminar?

**En el hospital:**

Patrón intestinal: Frecuencia: 1 Características: solida bolitas

Diarrea  Estreñimiento  Hemorroides  Melena  Acolia  Hematoquecia

Esteatorrea  Dolor al evacuar  Urgencia para evacuar  Calambres abdominales

Incapacidad para retrasar la defecación  Distensión abdominal

Sonidos intestinales hiperactivos  Disminución del volumen de las heces

Eliminación de heces duras y formadas  Sonidos abdominales hipoactivos

Esfuerzo con la defecación  Incapacidad para eliminar las heces

Padece o ha padecido alguna enfermedad gastrointestinal: \_\_\_\_\_

Antecedentes heredofamiliares de enfermedades gastrointestinales: \_\_\_\_\_

**Otras vías de eliminación:**

Cálculo de las pérdidas insensibles: 628 ml en 24hrs

Drenajes: Tipo: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

QUÍMICA SANGUÍNEA  
FECHA: 27-Dic  
• BUN: 52.9 mg/dl  
• Creatinina: 1.73  
• Urea: 113 mg/dl

amonio 99 mg/dl  
hiperambemia

EXAMEN GENERAL DE ORINA  
FECHA: \_\_\_\_\_

Interpretación: Aumento de  
elementos azoados

Interpretación: \_\_\_\_\_

**4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA**

Marque con una "x" la opción que considera más correcta:

Para mantener esta necesidad considera usted que la persona cuenta con

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Tipo de marcha:

Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:

Silla de ruedas  Bastón  Andadera  Otro: \_\_\_\_\_

De la ayuda de alguien  ¿De quién?: \_\_\_\_\_

Limitaciones a la: Deambulacion  Movilización Física  Movilidad en la cama

Actividad fisica insuficiente  Deterioro de la habilidad para subir escaleras

Deterioro del equilibrio  Movimientos descoordinados  Apraxia

Presenta algún problema de parálisis:  Si  No Especifique: \_\_\_\_\_

Presenta alguna alteración musculo esquelética que le impida trasladarse (especificar): \_\_\_\_\_

ESCALA DE KENDALL:

31 / Diciembre / 18

Grados	Término	Descripción
5	Normal	Alcanza la <b>amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad</b> y es capaz de mantener una <b>resistencia máxima</b> .
4	Buena	Alcanza la <b>amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad</b> y es capaz de mantener una <b>resistencia moderada</b> .
3	Regular	Alcanza la <b>amplitud total disponible de movimiento sólo contra la gravedad al eliminar la resistencia</b> .
2	Pobre	Alcanza la <b>amplitud total de movimiento al eliminar la gravedad</b> .
1	Vestigios	<b>Contracción visible o palpable sin movimiento</b> muscular significativo.
0	Nula	No se observa ni se siente <b>contracción</b> .

Fuerza muscular insuficiente  Deterioro neuromuscular

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VALORACION DE FUERZA / TONO MUSCULAR				
Parálisis:	Paresia:	Hemiplejía:	Paraplejía:	OBSERVACIONES
Tetraplejía:	Hipotonía:	Rigidez:	Espasticidad:	
Atrofia:	Distrofia:	Parestesia:	Analgesia:	
Hiperalgnesia:				
Reflejos presentes:				
VALORACION DE EQUILIBRIO / COORDINACION/ MARCHA				
Vértigo:	Inestabilidad:	Ataxia:	Marcha paretica:	
Marcha ataxoespastica:	Mioclona	Espasmos:	Temblores:	

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?:	¿Cuántas horas duerme por la noche en el hospital?:		
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?:	¿Siente descanso cuando duerme?		
¿Duerme con luz, música, objetos?			
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?			
CARACTERISTICAS			
Insomnio:	Bostezos frecuentes:	Se observa cansado:	Presenta ojeras:
Ronquidos:	Somnoliento:	Irritabilidad:	
TIPO DE SUEÑO	MEDICAMENTOS E INFUSIONES DE SEDACIÓN, RELAJACIÓN, ANESTÉSICOS ETC.		OBSERVACIONES
Fisiológico			
Inducido			

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cuantos cambios de ropa en 24 horas realiza (interior y exterior)	
Necesita ayuda para vestirse: <b>No</b>	Usa ropa de la institución o personal <b>institucion</b>
Tipo de ropa preferida:	
OBSERVACIONES:	

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	
PARCIAL		FALTA DE FUERZA			
TOTAL		FALTA DE CONOCIMIENTO			
INDEPENDIENTE		FALTA DE VOLUNTAD			

### 7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: 36°C	Escalofríos:	Piloerección:	Diáforesis:
Hipotermias:	Hipertermia:	Distermias:	Rubicundez facial:
CONTROL TÉRMICO	PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS		HABITACION
Medios físicos	Matutino	<input checked="" type="checkbox"/>	Fría
Medios químicos	Vespertino		Húmeda:
	Nocturno		Templada:
OBSERVACIONES			

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	
PARCIAL		FALTA DE FUERZA			
TOTAL		FALTA DE CONOCIMIENTO			
INDEPENDIENTE		FALTA DE VOLUNTAD			

### 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL			
BAÑO (frecuencia)	DIENTES		OBSERVACIONES
Regadera:	Frecuencia de lavado: 2	Cantidad de dientes	Tiene caries
España	Características de los dientes:	2	
Aseos parciales <input checked="" type="checkbox"/>	Faltan dientes incisivos superiores e inferiores		
Aseo de cavidades			

CAVIDAD ORAL Y MUCOSA					
CAVIDAD ORAL Y MUCOSA. Seca:	Hidratada:	Estomatitis:	Caries: <input checked="" type="checkbox"/>	Gingivitis: <input checked="" type="checkbox"/>	
Úlceras:	Sialorrea: <input checked="" type="checkbox"/>	Xerotomía	Flictenas		
Otras:	OBSERVACIONES				

PIEL					
PIGMENTACIÓN					
Palidez:	Cianosis:	Ictericia: <input checked="" type="checkbox"/>	Rubicundez:	Hiperpigmentación:	Cloasma:
Melasma:	angiomias	Manchas	Rosado	Grisasea:	Apiñonada
Morena clara: <input checked="" type="checkbox"/>	Morena intensa:	Morena media:			
TEMPERATURA	TEXTURA		LLENADO CAPILAR		OBSERVACIONES
Fría	Edema:	Escamosa:	< de 5 seg.	3	tiene un tatuaje en brazo izquierdo
Caliente <input checked="" type="checkbox"/>	Celulitis:	Lisa:	> de 5 seg.		
Tibia	Aspera:	Seca: <input checked="" type="checkbox"/>			
Otras:	Turgente: <input checked="" type="checkbox"/>	Otras:			

ASPECTO Y LESIONES				
Maculas:	Pápulas:	Vesículas:	Pústulas:	Ronchas o habones:
Nódulos:	Tuberculos:	Úlceras:	Erosiones:	Fisuras:
Costras:	Red venosa: 21	Escaras:	Callosidades:	Isquemias:
Nevos:	Tatuajes: 21	Prurito:	Petequias:	Equimosis:
Hematomas: ✓	Signos de maltrato	Quemaduras:	Infiltración:	Verrugas:
OBSERVACIONES tiene un tatuaje en brazo presenta red venosa abdominal telangiectasia utero izquierda				

UÑAS			
Quebradizas:	Micosis:	Onicofagia:	Bandas Blancas:
Amarillentas:	Cianóticas:	Estriadas:	Convexas:
Coiloniquia:	Leuconiquia:	Hemorragias subungueales:	Deformadas:
OBSERVACIONES			

CABELLO			
Implantación: buena	Limpio:	Desalineado: ✓	Sucio: ✓
Seborreico:	Fácil desprendimiento:	Alopecia:	Distribución:
OBSERVACIONES:			

OJOS			
Simetría: ✓	Asimetría:	Tumores:	Hemorragias:
Separación ocular:	Edema palpebral:	Secreción:	Ojeras:
Tics:	Pestañas integrales o lesionadas:		Exoftalmos:
Enoftalmos:	Otros:		
OBSERVACIONES norma reflejos hipus pupilar reflejo fotomotor movimientos oculares normales y reflejo corneal +			

OÍDOS			
Coloración:		Cerumen: 21	Deformidades:
Otorrea:	Edema:	Dolor:	Cerumen:
OBSERVACIONES audición 40 dba			

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

**9. EVITAR PELIGROS**

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS		
Esquema de vacunación. Completo:	Incompleto: <input checked="" type="checkbox"/>	Causa:
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia):		
Cuando existe algún malestar usted hace:	Ir al médico: <input checked="" type="checkbox"/>	Tomar un medicamento que este en casa:
Número de personas con las que vive: 5		
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): el fuma marihuana y inhalante puc		
En cada hay fauna nociva o domestica: No		
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura) SI		

DOLOR						
CARACTERÍSTICAS	TIPO	IRRADIACIÓN	TIEMPO	DURACIÓN	HORARIO	INTENSIDAD
Colico	Superficial	Hipocóndrico		Breve	Matutino	Fuerte <input checked="" type="checkbox"/>
Punzante	Profundo			Temporal	Vespertino	Débil
Opresivo	Agudo			Intermitente <input checked="" type="checkbox"/>	Nocturno	Profundo
Lacerante	Crónico				Otro:	Grave
Quemante	Intermitente <input checked="" type="checkbox"/>					
Datos fisiológicos y neurológicas que acompañan el dolor:						
Sitios anatómicos y ubicación del dolor: Hipocóndrico derecho						
El dolor se intensifica o disminuye con:						
OBSERVACIONES:						

ESTADO NEUROLÓGICO				
Alerta: <input checked="" type="checkbox"/>	Orientado (tiempo, espacio, lugar):		Obnubilación:	Coma:
Estupor:	Hipervigilia:	Decorticación:	Descerebración:	Confusión:
Coma barbitúrico:	Dislalia:	Hiperactividad:	Déficit de atención:	Agresividad
Letárgico:	Excitabilidad motriz:	Alucinaciones:	Fobias:	
OBSERVACIONES				

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA (físicos, materiales, ambientales, familiares, personales, Aparatos y Sistemas)

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

**BIOMETRIA HEMATICA**

Fecha: 27-Diciembre

- Leucocitos: 21.7  $10^3/uL$
- Linfocitos: 5.5%
- Neutrofilos: 93.90%
- Eusinoofilos: 0.00
- Basofilos: 0.30%

PCR 17.560 mg/dl

Interpretación: leucocitosis  
neutrofilia, linfocitosis  
PCR se encuentra elevada

**TIEMPOS DE COAGULACIÓN**

Fecha: 27-Diciembre

Plaquetas  $99 \times 10^3$

- Tiempo parcial de tromboplastina: 46.9 seg
- Tiempo de protrombina: 48.80 seg

INR 3.24

Interpretación: Tiempos de  
coagulación se encuentran  
aumentados y tiene trombocitopenia

**EN EL CASO DE PACIENTES MUJERES:**

Se ha realizado autoexploraciones mamarias:  Si  No Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Se ha realizado el examen de Papanicolaou:  Si  No Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

**EN EL CASO DE PACIENTES HOMBRES:**

Se ha realizado autoexploraciones mamarias:  Si  No Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

**DISPOSITIVOS INVASIVOS:**

Presenta catéter venoso periférico:  Si  No Fecha de instalación: \_\_\_\_\_  
 Características: \_\_\_\_\_

Presenta catéter venoso central:  Si  No Fecha de instalación: 27/Diciembre/18  
 Características: PICC

Presenta sonda vesical:  Si  No Fecha de instalación: 27/12  
 Características: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE GABINETE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social:						
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.)						
HABLA						
TIPO DE COMUNICACIÓN	TIPO DE HABLA					OBSERVACIONES
Oral	<input checked="" type="checkbox"/>	Entendida	<input checked="" type="checkbox"/>	Tartamudeo	Pausado	
Escrita		Poco clara		Balbuceo	Afasia	
Señas		Incompleta		Dislexia	Dislalia	
		Incoherente		Indiferencia	Dialecto	

AUDITIVO			
Hipocuesia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Sordera:	
Deformidades:		Usa dispositivo	
OBSERVACIONES: 40 DBA			

PERSONALIDAD				
Alegre:		Timido:		Violento:
Sarcástico:		Noble:		
Pasivo:	<input checked="" type="checkbox"/>	Hiperactivo:		Enojo:
Impulsivo:		Retador:		
Superioridad:		Inferioridad:		Otro:
OBSERVACIONES:				

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia:	Ateo
Valores que se consideran importantes:	Si
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?	Respeto
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?	No
OBSERVACIONES:	

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

### 12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)		
Padre:	Madre:	Paciente:
Ingreso económico mensual:		
¿La enfermedad de su hijo u otro miembro de a familia a causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares?		
¿Qué sentimientos/inquietudes/ causa la enfermedad de su hijo?		
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles?		

**13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?	SI
¿Qué le gusta hacer en sus tiempo libres?	Jugar a neto
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse?	
OBSERVACIONES:	

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

**14. APRENDIZAJE**

ESCOLARIDAD		
Padre:	Madre:	Paciente: <i>Pimenta</i>
Hermanos		
¿Qué le gustaría estudiar?		

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
¿Conoce bien el concepto de la enfermedad que cursa?	SI me lo explican
¿La información que ha recibido a sido clara, confusa, completa, insuficiente?	S,
OBSERVACIONES:	

DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

**15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN**

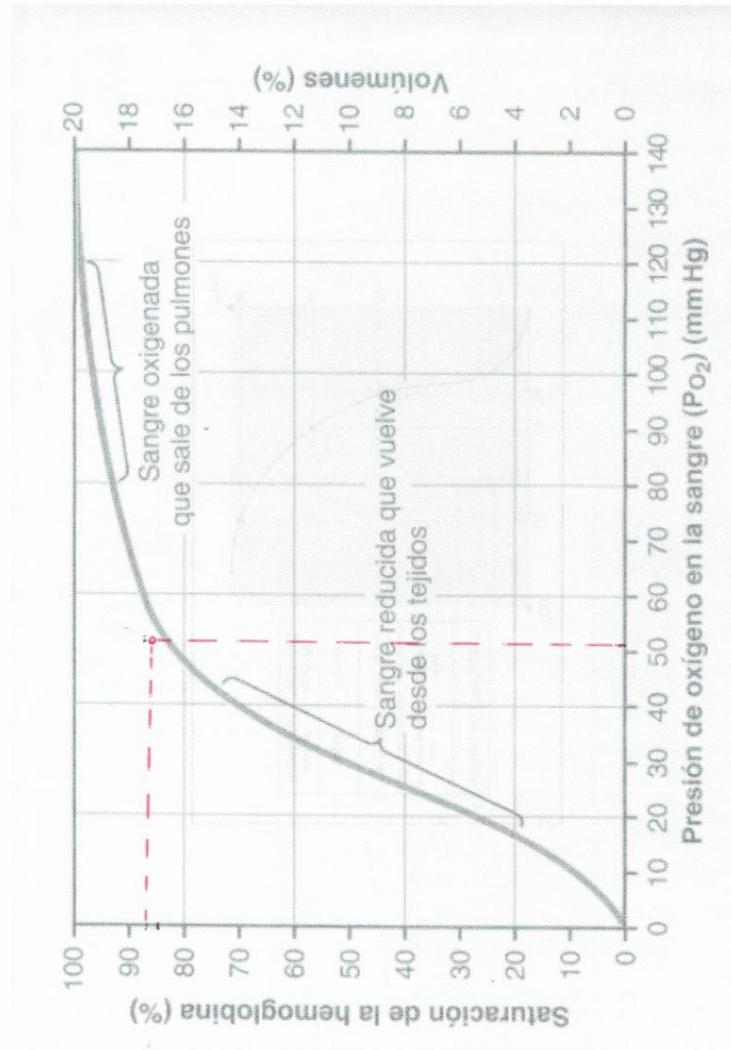
MUJER		
Características y/o alteraciones de los genitales: <i>Adecuados a escala de Tanner estadio V</i>		
Edad de la menarca:	Ritmo, flujo, de menstruación:	
Dismenorrea:	Fecha de ultima menstruación:	
Higiene de zona intima (frecuencia, uso de sustancias etc)		
Escala de TANNER: <i>Estadío 5</i>		
OBSERVACIONES:		
HOMBRE		
Características y/o alteraciones de los genitales		
Circuncisión:		
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.)		
OBSERVACIONES:		
DATOS DE DEPENDENCIA	ÁREA DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	FALTA DE FUERZA	
TOTAL	FALTA DE CONOCIMIENTO	
INDEPENDIENTE	FALTA DE VOLUNTAD	

## 36.1 Anexo III (tabla de disociación de hemoglobina)

28/12/2018

latest (701x489)

1/1



mayor afinidad al oxígeno y libera el  $O_2$  a los tejidos más fácil

[https://vignette.wikia.nocookie.net/integracion-iv/images/1/16/Curva\\_disociaci%C3%B3n\\_hemoglobina.jpg/revision/latest?cb=20140424231322&path-prefix=es](https://vignette.wikia.nocookie.net/integracion-iv/images/1/16/Curva_disociaci%C3%B3n_hemoglobina.jpg/revision/latest?cb=20140424231322&path-prefix=es)

1/1

## Anexo IV (Escala modificada de disnea)

28-12-19

### ESCALA MODIFICADA DE DISNEA (mMRC)

ESCALA MODIFICADA DE DISNEA (mMRC)	
GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar para descansar al andar en llano a su propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

# 37.1 Anexo V (Evaluación nutricional)

ANEXOS

**TABLA 7. MINI NUTRITIONAL ASSESMENT (MNA)**

Fecha 28/ Diciembre  
 Apellidos Jimenez Barona Nombre Gilberto Sexo Hombre  
 Edad 28 a Peso(kg) 56.7 kg altura (cm) 1.62mts

**VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

1. Índice de masa corporal (IMC)  
 a. IMC < 19 = 0 puntos  
 b. IMC 19 a < 21 = 1 punto  
 c. IMC 21 a < 23 = 2 puntos  
 d. IMC > 23 = 3 puntos

2. Circunferencia antebrazo (cm) (CA)  
 a. CA < 21 = 0 puntos  
 b. CA 21 a 23 = 0,5 puntos  
 c. CA > 23 = 3 puntos

3. Circunferencia pantorrilla (cm) (CP)  
 a. CP < 31 = 0 puntos  
 b. CP > 31 = 1 punto

4. Pérdida de peso durante los tres meses  
 a. Pérdida de peso > de 3 kg = 0 puntos  
 b. No sabe = 1 punto  
 c. Pérdida de peso entre 1-3 kg = 2 puntos  
 d. Sin pérdida de peso = 3 puntos

**VALORACIÓN GLOBAL**

5. Vive independiente (no en residencia u hospital)  
 a. No = 0 puntos  b. Sí = 1 punto

6. Toma más de tres medicamentos al día  
 a. Sí = 0 puntos b. No = 1 punto

7. Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad aguda en los últimos tres meses  
 a. Sí = 0 puntos b. No = 1 punto

8. Movilidad  
 a. Tiene que estar en cama o en una silla = 0 puntos  
 b. Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1 punto  
 c. Puede salir = 2 puntos

9. Problemas neuropsicológicos  
 a. Demencia o depresión grave = 0 puntos  
 b. Demencia leve = 1 punto  
 c. sin problemas psicológicos = 2 puntos

10. Úlceras en la piel o por presión  
 a. Sí = 0 puntos  b. No = 1 punto

**VALORACIÓN DIETÉTICA**

11. ¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?  
 a. 1 comida = 0 puntos  
 b. 2 comidas = 1 punto  
 c. 3 comidas = 2 puntos

12. Indicadores seleccionados de la ingesta de proteínas  
 ¿Al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día?  Sí  No  
 ¿Dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana?  Sí  No  
 ¿Carne, pescado o pollo cada día?  Sí  No  
 si 0 o 1 sí = 0,0 puntos  
 si 2 sí = 0,5 puntos  
 si 3 sí = 1 punto

13. ¿Consumes dos o más derivados de frutas o verduras al día?  
 a. No = 0 puntos  
 b. Sí = 1 punto

14. ¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos tres meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?  
 a. Gran falta de apetito = 0 puntos  
 b. falta de apetito moderada = 1 punto  
 c. sin falta de apetito = 2 puntos

15. ¿Cuánto líquido consume diariamente?  
 a. menos de tres vasos = 0 puntos  
 b. de 3 a 5 vasos = 0,5 puntos  
 c. más de 5 vasos = 1 punto

16. Manera de alimentarse  
 a. incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos  
 b. se autoalimenta con dificultad = 1 punto  
 c. se autoalimenta sin ningún problema = 2 puntos

**VALORACIÓN SUBJETIVA**

17. ¿Creen que tiene problemas nutricionales?  
 a. Desnutrición importante = 0 puntos  
 b. no sabe o desnutrición moderada = 1 punto  
 c. sin problemas nutricionales = 2 puntos

18. Comparándose con gente de su misma edad, ¿cómo consideran su estado de salud?  
 a. no tan bueno = 0 puntos  
 b. no sabe = 0,5 puntos  
 c. igual de bueno = 1 punto  
 d. mejor = 2 puntos

**VALORACIÓN TOTAL (MÁXIMO 30 PUNTOS)**  
 Puntuación indicadora de desnutrición  
 > 24 puntos bien nutrido  
 de 17 a 23,5 puntos riesgo desnutrición  
 < 17 puntos desnutrido

# 38.1 Anexo VI Escala Bristol Heces

## ESCALA DE BRISTOL

### Modificada para niños

TIPO	ESCALA DE BRISTOL*	ESCALA DE BRISTOL MODIFICADA PARA NIÑOS	INTERPRETACIÓN
1	Trozos duros separados, como nueces, difíciles de expulsar	EXCREMENTOS DE CONEJO +C	28 / Diciembre / 2018 ESTREÑIMIENTO
2	Con forma de salchicha, pero compuesta de fragmentos duros apelmazonados	RACIMO DE UVAS	
3	Como una salchicha, pero con grietas en la superficie	ELOTE	TRÁNSITO INTESTINAL NORMAL
4	Como una salchicha o serpiente lisa y suave	SALCHICHA	
5	Trozos pastosos con bordes bien definidos	NUGGETS DE POLLO	
6	Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares	AVENA	3 / Enero / 2019 DIARREA
7	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida	SALSA +V	

\* Modificada de Saps M, Nichols-Vinueza D, Dhroove G, Adams P y Chogle A. Rev Gastroenterol Mex. 2013

**Bibliografía:**  
1. Saps M, Nichols-Vinueza D, Dhroove G, Adams P, y Chogle A, Valoración de las escalas de evacuación comúnmente utilizadas en pediatría: un estudio piloto. Rev. Gastroenterol. Mex. 2013;78(3):151-158

## 39.1 Anexo VII Escala Daniels

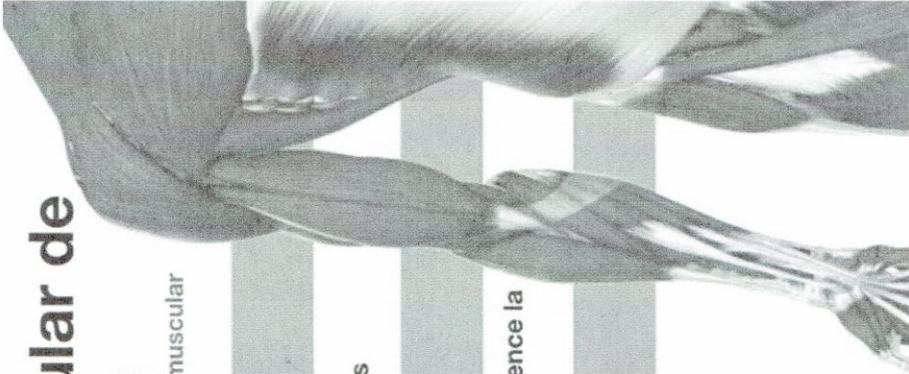
b2b329d89e4fe01669b5ec13a1616a0d.jpg (1080x1076)

31/12/embre/18

# Escala muscular de Daniels

para la evaluación de la fuerza muscular

<b>0</b>	Ausencia de contracción
<b>1</b>	Contracción sin movimientos
<b>2</b>	Movimiento que no vence la gravedad
<b>3</b>	Movimiento completo que vence la gravedad
<b>4</b>	Movimiento con resistencia parcial
<b>5</b>	Movimiento con resistencia máxima



**SIGHTLIGHTMed**  
Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

<https://i.pinimg.com/originals/b2/b3/29/b2b329d89e4fe01669b5ec13a1616a0d.jpg>

1/1

## 40.1 Anexo VIII Autonomía de la vida diaria barthel



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha 2/Enero/19

Unidad/Centro

Nº Historia

### AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

#### Comer

10 Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5 Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0 Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

#### Lavarse – bañarse –

5 Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0 Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

#### Vestirse

10 Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5 Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0 Dependiente	

#### Arreglarse

5 Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0 Dependiente	Necesita alguna ayuda

#### Deposición

10 Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5 Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0 Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



**Micción - valorar la situación en la semana previa -**

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

**Trasladarse sillón / cama**

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

**Deambulación**

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

<b>Fecha</b>	2/Enero				
<b>Puntuación Total</b>	90				

## 41.1 Anexo IX Cuestionario de oviedo del sueño



Servicio Andalúz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha 2/Enero

Unidad/Centro

Nº Historia

### CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

**Población diana:** Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

### Cuestionario de Oviedo del Sueño

**Durante el último mes**

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
*4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para .....

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	×3	4 5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	×4 5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4 5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4 × 5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2 ×	3	4 5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos	*
2	16-30 minutos	
3	31-45 minutos	
4	46-60 minutos	
5	más de 60 minutos	



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
* 3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar: *Diallca*

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

* 1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? 12 ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? 12

* 1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
* 5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
* 4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana



9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

4

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) .....? (Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1*	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1*	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1*	2	3	4	5
d) Pesadillas	1*	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

a	Ningún día	*
b	1-2 días/semana	
c	3 días/semana	
d	4-5 días/semana	
e	6-7 día/semana	

51

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	4
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	25
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9 2 4 4	10
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>39</b>

**Bibliografía**

- Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. Psicothema 2000;12(1):107-12.

# 42.1 Anexo X Escala Braden Úlceras por presión

31/Diciembre/17

(-48-) GUÍA ENFERMERA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON HTA Y DM

## ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12	
RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.	
RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.	
<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	<p>1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose o estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.</p> <p>2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p> <p>3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p> <p>4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad	<p>1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p> <p>2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p> <p>3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p> <p>4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.</p>
<b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física	<p>1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.</p> <p>2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p> <p>3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.</p> <p>4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	<p>1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p> <p>2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.</p> <p>3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí sola</p> <p>4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos	<p>1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o</p> <p>2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o</p> <p>3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o</p> <p>4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.</p>
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</b>	<p>1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p> <p>2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p> <p>3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia; tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>

17pts

## 43.1 Anexo XI Escala Downton Riesgo de caídas

# 1

APÉNDICE 1. Escalas de Evaluación de Riesgo.

31/Diciembre/18

a)Downton

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia Otros Tramadol	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

*Esta escala es probablemente la más utilizada en la Argentina.*

## 44.1 Anexo XII Cribado Ansiedad Depresión Escala de Goldberg



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha 3/Enero/19

Unidad/Centro

Nº Historia

### CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte  $\geq 6$ .

#### Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	No	
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	Alto salir	1
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	No	
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse	Si	1
<b>Puntuación Total</b> (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		2
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si	1
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	No	
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	Si	1
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	Si	1
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si	1
<b>Puntuación Total</b>		4



SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?	Si	1
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	No	
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Si	1
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	No	
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		2 -
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	No	
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Si	1
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	No	
¿Se ha sentido usted enlentecido?	No	
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	No	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		1

<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>	7
--	---

#### Bibliografía

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
- Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 184-190.

## 45.1 Anexo XIII Apgar Familiar

### APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la Enfermera (o) obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando a la Enfermera una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias. La enfermera utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un "perfil de salud", el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico de enfermería y planificar intervenciones de enfermería apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

El cliente anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

**Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).**

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

\* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

3/Enero/19.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
	2	1	0
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.	✓		
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.		✓	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.	✓		
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.	✓		
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			✓

## 46.1 Anexo XIV Cuestionario Duke percepción social



Servicio Andalúz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

3/Enero/19

Unidad/Centro

Nº Historia

### CUESTIONARIO DUKE-UNC -

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente:  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares		✓			
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa			✓		
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo			✓		
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede			✓		
5.- Recibo amor y afecto				✓	
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	✓				
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	✓				
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	✓				
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas			✓		
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida			✓		
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama				✓	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>28</b>				

solo algunas lagrimas al estar haciendo estas preguntas



### **CUESTIONARIO DUKE -UNC-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

### **Bibliografía**

- Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.
- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.

## 47.1 Anexo XV Deterioro cognitivo test Pfeiffer



Servicio Andalúz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha 3/Enero/14

Unidad/Centro

Nº Historia

### CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	X
¿Qué día de la semana es hoy?	X
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	✓
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	X
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	X
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	X
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>5</b>

#### Bibliografía

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.

## 48.1 Anexo XVI Cuestionario de funcionamiento sexual



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

3/Enero/19

Unidad/Centro

Nº Historia

### CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSSETS -MGH-

Se trata de una escala **autoadministrada**.

<b>Instrucciones para el paciente:</b> Por favor, responda todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted más adecuada en su caso (Considere como "normal" el periodo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual). El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.	Más de lo normal	Normal	Minimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual en general en el último mes?	1	2	3	4	5	6



### **CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSSETS –MGH-**

**Población diana:** Varón con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala **autoadministrada** de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde < 2 es normal y >2 es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora *corresponde al último mes*.

#### **Bibliografía**

- Labbate LA, Lare SB. Sexual Dysfunction in Male Psychiatric Outpatients: Validity of the Massachussets General Hospital Sexual Functionaing Questionaire. Psychother Psychosom 2001;70:221-225.
- Pendiente de validación en población española

## 49.1 Anexo XVII Índice de sobrecarga del cuidador



### Índice de Robinson de sobrecarga del cuidador

2/Enero/19

1. ¿Padeces insomnio u otros trastornos del sueño?  0
2. ¿Notas que vas siendo menos efectivo en tus cuidados?  1
3. ¿Estás fatigado con mucha frecuencia y esta situación representa un notable esfuerzo físico?  1
4. ¿Cada vez tienes menos tiempo libre para ti y notas una importante restricción en otras actividades?  1
5. ¿Los hábitos básicos de tu familia se han visto trastocados?  1
6. ¿Has tenido que cambiar tus propios planes personales tales como vacaciones?  1
7. ¿Notas que no te llega el tiempo y siempre estás urgido?
8. ¿Has notado cambios emocionales (estás deprimido, angustiado u obsesionado)?  1 *Frustrado*
9. ¿Algunos de los comportamientos de tu familiar te resultan francamente molestos o desagradables?  1
10. ¿Te duele darte cuenta de lo mucho que ha cambiado tu familiar o tú comparado con cómo eras antes?  1
11. ¿Has tenido que modificar importantes aspectos de tu trabajo laboral?  1
12. ¿La enfermedad de tu familiar representa una gravosa carga económica?  1
13. ¿Te sientes desbordado por la situación?  1

11pts

#### RESULTADO

- Si has contestado 7 o más respuestas de forma afirmativa, señala un **elevado nivel de tensión personal** para el cuidador que debe ser controlado.
- Si has contestado 11 o más respuestas de forma afirmativa, señala **riesgo cierto** de estar sufriendo el síndrome del cuidador quemado.

## 50.1 Anexo XVIII Anatomía y fisiología

### Hígado<sup>113</sup>

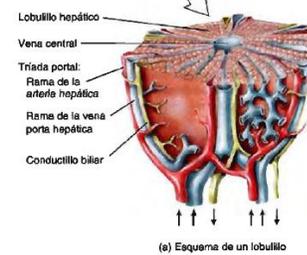
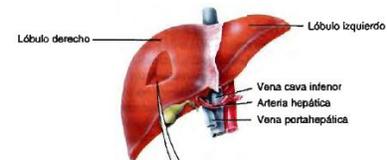
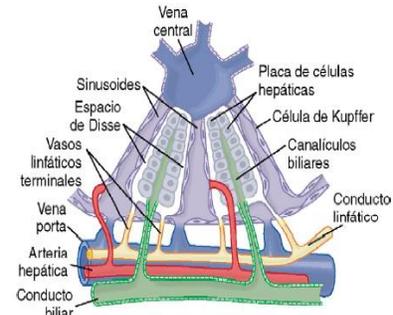
Es la Glándula más voluminosa del cuerpo y pesa alrededor de 1.4 kg en un adulto promedio, está por debajo del diafragma y ocupa la mayor parte del hipocondrio derecho y parte del epigastrio de la cavidad abdominal.

Anatomía está cubierta casi por completo por el peritoneo visceral y revestido en su totalidad por una capa de tejido conectivo. El hígado se divide en dos lóbulos principales un lóbulo derecho grande y un lóbulo izquierdo más pequeño, la morfología interna en especial la distribución de los vasos sanguíneos los lóbulos cuadrado y caudado pertenecen al lóbulo izquierdo, el ligamento falciforme se extiende desde la cara inferior del diafragma entre los dos lóbulos principales hasta la cara superior del hígado y contribuye a sostenerlo en la cavidad abdominal, en el borde libre del ligamento falciforme está el ligamento redondo, vestigio de la vena umbilical el ligamento coronario son estrechas extensiones del peritoneo que van del hígado al diafragma.<sup>114</sup>

### Histología del hígado.

Los lóbulos del hígado están formados por muchas unidades funcionales llamados lobulillos formando una estructura de seis lados (Hexágono) constituida células epiteliales llamados hepatocitos, organizados láminas irregulares ramificadas e interconectadas que rodean a una vena central. Además, el lóbulo hepático contiene capilares muy permeables llamados sinusoides a través de los cuales circula sangre. En los sinusoides también están presentes las células reticuloendoteliales (Kupffer) Fagocitos que destruyen a los eritrocitos y glóbulos blancos viejos, bacterias y otros cuerpos extraños.<sup>115</sup>

La bilis que se secreta en los hepatocitos entra en los canales biliares intercelulares que desembocan en conductos biliares en la periferia de los lobulillos estos emergen formando los conductos hepáticos derecho e izquierdo que se unen y abandonan el hígado en el conducto hepático común se unen al cístico de la vesícula para formar el colédoco.<sup>116</sup>



por  
en

### Circulación Hepática.

El hígado recibe sangre oxigenada, y por la vena porta recibe sangre desoxigenada que contiene nutrientes recién absorbidos, fármacos y posiblemente microorganismos y toxinas del tubo digestivo. Ramas de la arteria hepática y de la vena porta transportan sangre hacia los sinusoides hepáticos, donde el oxígeno, la mayoría de los nutrientes y algunas sustancias tóxicas son captados por los hepatocitos. Los productos elaborados

<sup>113</sup> Gerard J Tortora; Bryan Derrickson. (2013). Principios de anatomía y fisiología. México: Medica panamericana. Pag 924-927

<sup>114</sup> ibidem

<sup>115</sup> ibidem

<sup>116</sup> ibidem

por los hepatocitos y los nutrientes requeridos por otras células se liberan de nuevo hacia la sangre que drena hacia la vena central y luego fluye hacia la vena hepática. Las ramas de la vena porta, de la arteria hepática y del conducto biliar se acompañan uno al otro en su distribución por el hígado. En conjunto de estas tres estructuras se le llama triada portal y se localiza en los ángulos hepáticos.<sup>117</sup>

### Función y composición de la bilis

Los hepatocitos secretan entre 800 a 1000 ml de bilis su Ph es de 7,6- 8.6 y está compuesto en su mayor parte por agua, sales biliares, colesterol, fosfolípidos lectina, pigmentos biliares y varios iones.<sup>118</sup>

El pigmento principal es la bilirrubina. La fagocitosis de los glóbulos rojos envejecidos libera hierro, globina y bilirrubina (derivación de hemo) El hierro y la globina se reciclan la bilirrubina se secreta junto con la bilis y luego se degrada la estercobilina le da a las heces se color pardusco normal.<sup>119</sup>

### Funciones del hígado.

#### Metabolismo de Hidratos de carbón

El hígado es especialmente importante para mantener los niveles normales de glucosa en sangre. Cuando la glucemia baja, el hígado puede desdoblar el glucógeno en glucosa y liberarla en el torrente sanguíneo. El hígado puede convertir ciertos aminoácidos y ácido láctico en glucosa y puede convertir otras azúcares, como la fructosa y la galactosa, en glucosa. Cuando la glucemia es elevada, como ocurre después de comer, el hígado convierte la glucosa en glucógeno y triglicéridos para almacenarlos.<sup>120</sup>

#### Metabolismo de los lípidos

Los hepatocitos almacenan algunos triglicéridos; degradan ácidos grasos para generar ATP sintetizan lipoproteínas, que transportan ácidos grasos, triglicéridos y colesterol hacia la células del organismo y desde éstas sintetizan colesterol, y usan el colesterol para formar sales biliares.<sup>121</sup>

#### Metabolismo proteico

Los hepatocitos desaminan (eliminan el grupo amino, NH<sub>2</sub>) de los aminoácidos de manera que puedan utilizar en la producción de ATP o convertirlos en hidratos de carbono o grasas. El amoniaco (NH<sub>3</sub>) toxico resultante de convierte luego en un producto menos toxico, la urea que se excreta con la orina. Los hepatocitos también sintetizan la mayoría de las proteínas plasmáticas, como la alfa y beta globulinas, la albumina, la protrombina y el fibrinógeno.<sup>122</sup>

#### Procesamiento de fármacos y hormonas

El hígado puede detoxificar sustancias como el alcohol y excretar fármacos como la penicilina, la eritromicina y sulfonamidas en la bilis. Puede también alterar químicamente o excretar hormonas tiroideas y esteroideas, como los estrógenos y la aldosterona.<sup>123</sup>

#### Excreción de la bilirrubina

---

<sup>117</sup> Gerard J Tortora; bryan Derrickson. (2013). Principios de anatomía y fisiología. México: Medica panamericana.

Pag 924-927

<sup>118</sup> ibidem

<sup>119</sup> ibidem

<sup>120</sup> ibidem

<sup>121</sup> ibidem

<sup>122</sup> ibidem

<sup>123</sup> ibidem

Como se mencionó la bilirrubina que deriva del hemo de los eritrocitos viejos es captada por el hígado desde la sangre y se secreta con la bilis. La mayor parte de la bilis se metaboliza en el intestino delgado por las bacterias y eliminada junto con las heces.<sup>124</sup>

#### Síntesis de sales biliares

Las sales biliares se usan en el intestino delgado para emulsionar y absorber los lípidos.

Almacenamiento además del glucógeno, el hígado es el sitio primario de almacenamiento de algunas vitaminas (A, B12, D, E y K) y minerales (hierro y cobre), que se libera del hígado cuando se requiere en alguna parte del cuerpo.<sup>125</sup>

#### Fagocitosis

Las células reticuloendoteliales de Kupffer del hígado fagocitan los glóbulos blancos, rojos y algunas bacterias.

#### Activación de la vitamina D

La piel, el hígado y los riñones participan en la síntesis de la formación de la vitamina D<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> Gerard J Tortora; bryan Derrickson. (2013). Principios de anatomía y fisiología. México: Medica panamericana.

Pag 924-927

<sup>125</sup> ibidem

<sup>126</sup> ibidem

## Anexo XIX Insuficiencia Hepática (Cirrosis Hepática)

### Definición

La insuficiencia hepática crónica o cirrosis hepática es una enfermedad asociada a falla hepática<sup>127</sup>

Fundamentalmente se distingue por necrosis hepatocelular, nódulos de regeneración y fibrosis difusa que conducen a una alteración del patrón lobulillar y vascular intrahepático.<sup>128</sup>

### Epidemiología

A pesar de manifestar un patrón descendente en los últimos 20 años, en México la cirrosis se mantiene como una de las diez principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. Esto se debe a que el ritmo de descenso de esta patología no ha sido tan drástico como el de las diarreas o las infecciones respiratorias, así como a la aparición de nuevos riesgos derivados de las hepatitis virales.

En 2013, más de 23,000 personas murieron por cirrosis en México, casi tres cuartas partes de las cuales eran del sexo masculino. Esto se refleja en una tasa en 2013 de 19.6 para el total de la población, de 30.2 para hombres y de 9.6 para mujeres

En nuestro país, en 2013, una de cada mil personas de 60 años o más murió por esta causa. Como ya se mencionó, la tendencia es descendente, aunque a un ritmo lento.<sup>129</sup>

### Etiología

Son muchas las posibles causas de la cirrosis hepática, si bien las más frecuentes en México son la ingestión excesiva y crónica de alcohol y las infecciones víricas crónicas (virus B y C).<sup>130</sup>

### Causas de cirrosis<sup>131</sup>

<b>Alcoholismo</b>	<b>Metabólicas</b>
<b>Virales</b>	Hemocromatosis
Virus de la hepatitis B	Enfermedad de Wilson
Virus de la hepatitis C	Fibrosis quística
<b>Enfermedades biliares</b>	Enfermedades por depósito de glucógeno
<b>Primarias</b>	Galactosemia
Cirrosis biliar primaria	Intolerancia hereditaria a la glucosa
Atresia de vías biliares	<b>Enfermedades vasculares</b>
Colangitis esclerosante	Pericarditis constrictiva
<b>Secundarias</b>	<b>Por medicamentos</b>
Carcinoma de las vías biliares	<b>Hepatitis autoinmunitaria</b>
Otras estenosis de las vías biliares	<b>Miscelánea</b>
	<b>Obesidad-hígado graso</b>

<sup>127</sup> Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Secretaría de Salud año de autorización 2009.

<sup>128</sup> Lifshitz. (2013). El Internista. Medicina Interna para Internistas. Mexico: Colegio de Medicina Interna de México.

<sup>129</sup> SECRETARÍA DE SALUD. (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. 24/02/2019, de Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño Sitio web: [www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html)

<sup>130</sup> Lifshitz. (2013). El Internista. Medicina Interna para Internistas. Mexico: Colegio de Medicina Interna de México.

<sup>131</sup> ibidem

## Fisiopatología

La cirrosis se desarrolla según el siguiente mecanismo patogénico: con independencia del agente etiológico, se produce una inflamación de la íntima endotelial seguida de estas venas centrales y en los sinusoides; si estos cambios se extienden a las vénulas portales, se genera un cuadro de isquemia acinar. Estas alteraciones conducen a la apoptosis, a la atrofia e hiperplasia nodular regenerativa y por último a una fibrosis.

### Cuadro clínico

La cirrosis cursa con un periodo asintomático u oligosintomático, cuya duración es variable y suele conocerse como fase compensada de la enfermedad siendo típica la aparición de dispepsia, astenia o hiperpirexia. En esta fase puede existir hipertensión portal y varices esofágicas.

La hipertensión portal, unida a la progresiva destrucción del tejido hepático favorece el desarrollo de las principales complicaciones a que puede dar la cirrosis.

A nivel gastrointestinal la cirrosis puede generar las siguientes manifestaciones: paratidomegalia, diarrea intermitente, la hemorragia digestiva secundaria a las varices esofágicas, gástricas, etc.

La cirrosis también cursa con manifestaciones hematológicas, que incluyen anemia y en casos avanzados pancitopenia. También pueden producir alteraciones de la coagulación por déficit de protrombina y factor V

A nivel renal, la cirrosis origina un cuadro de hiperaldosterinismo secundario, que frecuentemente desarrolla síndrome hepatorenal, aparece como complicación de la cirrosis.

También hay manifestaciones endocrinas tales como hipogonadismo, atrofia testicular, dismenorrea, telangectasia, eritema palmar, ginecomastia y cambios en el vello púbico.

La cirrosis puede cursar con manifestaciones pulmonares, incluyendo hipertensión pulmonar primaria, hidrotórax hepático y síndrome hepatopulmonar.

A nivel cardiaco se ha comprobado la existencia de una cardiopatía, que por sus características se conoce como cardiopatía propia del cirrótico, siendo independiente del agente etiológico que provoca la cirrosis.

A nivel neurológico es posible encontrar alteraciones tales como la neuropatía periférica y la encefalopatía hepática.<sup>132</sup>

### Tratamiento

El tratamiento varía de acuerdo con las características del paciente, En primera instancia, la dieta debe ser equilibrada, sin irritantes y evitando exceso de grasas; los líquidos se valorarán de acuerdo con la existencia de retención hídrica y la concentración de albúmina.<sup>133</sup>

Se recomienda en los pacientes con insuficiencia hepática una dieta:

Hipercalórico con un aporte proteico entre 0.8 hasta 1.5 g/Kg de predominio vegetal, rica en fibra.

Aporte de sodio de 1 2 g

Con restricción de líquidos si se presenta hiponatremia < de 125 mEq/L.

Se ha demostrado que el consumo de alcohol conlleva a la progresión del daño hepático.<sup>134</sup>

---

<sup>132</sup> Dr ADELA EMILIA GÓMEZ AYALA. (4 Julio Agosto 2012). Cirrosis hepática. Farmacia Salud, vol 26, pag 50. Consultado sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412502272>

<sup>133</sup> Lifshitz. (2013). El Internista. Medicina Interna para Internistas. Mexico: Colegio de Medicina Interna de México.

<sup>134</sup> Guía práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México; Secretaría de Salud año de autorización 2009.

El uso de diuréticos dependerá del grado de retención hídrica, del estado de hidratación, de los volúmenes urinarios y de la estabilidad hemodinámica.

Por otro lado, es necesario prescribir medicamentos que prevengan o retarden la aparición de encefalopatía como laxantes, antibióticos de baja absorción como la neomicina, dieta baja en grasas y proteínas, tratamiento de las infecciones, adecuada identificación y tratamiento de hemorragias del aparato digestivo.<sup>135</sup>

### Pronostico

En relación con el pronóstico, la cirrosis compensada puede evolucionar a descompensada, mientras que el empeoramiento de esta última conlleva mayor riesgo de muerte. En lo que respecta a la cirrosis compensada, como ya se ha mencionado con antelación, lo más llamativo es su carácter oligosintomático, con presencia de síntomas inespecíficos. A los 10 años, la supervivencia de los pacientes que se mantienen en esta fase es próxima al 80%.

La presencia de hipertensión portal en esta fase se considera un factor pronóstico de mortalidad.

La aparición de ascitis, hemorragia por varices, encefalopatía hepática e ictericia marcan el comienzo de la fase descompensada. Cuando la enfermedad evoluciona hasta llegar a esta fase, la supervivencia de los pacientes al cabo de los 10 años se sitúa en el 7%. El pronóstico de algunas de las complicaciones de la cirrosis, como es el caso de las varices esofágicas, ha mejorado notablemente en los últimos años: fármacos que reducen la presión portal y avances en las técnicas endoscópicas (ligador multibandas) son algunas de las opciones terapéuticas que han permitido este avance<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Lifshitz. (2013). El Internista. Medicina Interna para Internistas. Mexico : Colegio de Medicina Interna de México

<sup>136</sup> ADELA EMILIA GÓMEZ AYALA. (4 Julio Agosto 2012). Cirrosis hepática. Farmacia Salud, vol 26, pag 50.  
Consultado sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932412502272>