



# **UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON CIRROSIS HEPATICA”**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**DOMINGUEZ TORRES INGRID MARLEN**

ASESORA DE TESIS:

**LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

**Coatzacoalcos, Veracruz**

**Julio 2023.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## PORTADA

I. INDICE .....	2
II.INTRODUCCIÓN .....	4
II. JUSTIFICACION .....	6
IV. OBJETIVOS.....	7
Objetivo general:.....	7
Objetivos específicos:.....	7
V.- METODOLOGIA .....	8
VI.- MARCO TEORICO.....	10
6.1. Enfermería como profesión disciplinaria .....	10
6.2. El cuidado como objeto de estudio .....	11
6.3 Proceso de Atención de Enfermería .....	11
6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE.....	12
6.5. Etapas del Proceso atención de Enfermería .....	14
6.6. Problemática de salud de la persona.....	17
6.6.1. Diagnóstico y tratamiento .....	22
VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	23
VIII. DESARROLLO DE PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA .....	25
8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado .....	25
8.2 Diagnósticos de enfermería según el caso .....	28
8.3 Planificación de intervenciones.....	28
8.4 Ejecución de intervenciones.....	28
8.5 Evaluación .....	28
IX. PLAN DE ALTA .....	37
X. CONCLUSIONES.....	40
XI. BIBLIOGRAFIA.....	41
XII. GLOSARIO DE TERMINOS.....	44
XIII. ANEXOS. ....	45



## II.INTRODUCCIÓN

El trabajo presentado pretende abordar un plan de cuidados a un paciente con el fin de proporcionar mas conocimientos en cuanto a las intervenciones que realizara el personal de enfermeria para un orden y mejor calidad de cuidados al paciente ya que cada profesional de una empresa de servicios debe identificar el tipo y calidad de los mismos estableciendo el camino a seguir al mismo tiempo involucrar al familiar o tutor a cargo en el tratamiento.

El interés de este trabajo viene dado a que el plan de cuidados da a conocer antecedentes acerca de las enfermedades que se han presentado en los parientes cercanos, por lo cual es un punto clave para reconocer las posibles consecuencias o complicaciones que se pueden relacionar con el padecimiento actual. Así mismo ayuda en el avance científico y metodológico de los cuidados del personal de enfermeria como también en el avance profesional de enfermeria para seguir actualizando información para brindar un mejor servicio a la comunidad.

Este trabajo analiza un plan de cuidados de enfermeria abordando los principales métodos que se usan hoy en día.

La cirrosis es la cicatrización o fibrosis del hígado como consecuencia de la fase final de una enfermedad crónica del hígado.

Es un padecimiento frecuente, presentando una elevada mortalidad en nuestro país, teniendo como causa el abuso de alcohol, el virus de la hepatitis C, hepatopatías autoinmunes, son unas de las causas más frecuentes por las que existen servicios de internamiento en los servicios de gastroenterología.

El consumo de alcohol es un habito social y cultural que es aceptado en la mayoría de los países, siendo una de las causas de mortalidad prematura, enfermedad y discapacidad.

En este caso clínico sobre cirrosis hepática producida por el alcoholismo, se establece un proceso de atención de enfermería tomando como base las necesidades fundamentales de Virginia Henderson, elegido por la necesidad de la prevención ante el consumo de alcohol a muy temprana edad en exceso en nuestro país.

## II. JUSTIFICACION

La cirrosis de acuerdo con el boletín de estadística de mortalidad en México, en el 2003 se registraron 26,810 defunciones por cirrosis hepática en el país, 6,332 de ellas mujeres y 20,478 en hombres. En el caso de los hombres presento la tercera causa de mortalidad general, procedida por la diabetes mellitus y la isquemia cardiaca. <sup>(1)</sup>

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica, que probablemente afecte el 5% de la población. La cirrosis es el resultado final de diferentes enfermedades crónicas hepáticas. Hoy en día los enfermos con cirrosis tienen mayor supervivencia por lo que el tiempo que tiene que vivir con la enfermedad es mayor. <sup>(2)</sup>

Este plan de cuidados describe el proceso de enfermero en relación a los pacientes que padecen cirrosis hepática y la importancia de una buena formación del equipo de enfermería para garantizar buenos cuidados y evitar complicaciones que conllevan esta enfermedad.

Se probará científicamente los cuidados ejecutados a partir de los diagnósticos de enfermeros descritos en la taxonomía NANDA.

Es fundamental que el equipo de enfermería, posea conocimientos apropiados sobre la enfermedad, para poder intervenir en el paciente y en su cuidador principal los cuidados necesarios que deben adoptar para prevenir en la medida de lo posible complicaciones evitables, transmitiendo una buena educación sanitaria y comprobar que entienden y tienen la facultad de realizar la asistencia y cuidados que requiere la enfermedad.

Aquí se destaca la importancia de la participación activa del paciente en el proceso asistencial, de tal manera que es el paciente y el personal de salud los que toman el manejo de su enfermedad. El paciente y la familia deben estar informados y asesorados y se les debe brindar una educación sanitaria por parte del equipo de enfermería.

Con la finalidad de aplicar cuidados adecuados de enfermería a los pacientes de cirrosis hepática se justifica científicamente los cuidados más significativos e imprescindibles en dicha enfermedad. Teniendo en cuenta la educación sanitaria en el paciente y en sus cuidadores principales que deben de interactuar e incluirse en los cuidados del paciente.

#### IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

Fundamentar científicamente los diagnósticos de enfermería en relación con la cirrosis hepática y los cuidados que se pueden aplicar.

Objetivos específicos:

Presentar los cuidados de cirrosis hepática basados en dichos diagnósticos de enfermería.

Informar al personal de enfermería, los familiares, cuidadores y el paciente la necesidad de intervenir en la educación sanitaria de la enfermedad.



## V.- METODOLOGIA

Dentro de nuestro sistema sanitario nos encontramos que permanece anclado al sistema de paradigma biométrico. Una forma de asistir en la transición de la práctica de enfermería hacia un paradigma más holístico teniendo como objetivo situar al paciente en el centro de atención y que promueva cuidados individualizados que atiendan las necesidades particulares de cada persona, es considerar y promover al mismo nivel los cuidados dirigidos al plano físico, social, emocional, y espiritual de la persona. <sup>(3)</sup>

La Relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.<sup>(3)</sup>

La relación de cuidado es la relación entre enfermera- paciente que ofrece unos cuidados enfermeros personalizados y de calidad a la persona y su familia abarcando todas las dimensiones. El objetivo principal de esta relación es la promoción de salud, el aumento de bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con lo que se favorece su empoderamiento y su participación activa en el proceso salud enfermedad.<sup>(4)</sup>

La enfermera sustenta esta relación en el desarrollo del confort, la confianza, la seguridad, la serenidad y el fomento de la autonomía hacia la persona cuidada, para la cual se debe mantener una actitud de respeto, afecto y cuidado de la privacidad e intimidad.

Dentro de la relación de cuidado la enfermera interactúa con el paciente incorporando diversas técnicas, algunas de ellas invasivas, con cuidados psicosociales y espirituales además de actividades educativas. <sup>(4)</sup>

Una relación exitosa y un trabajo eficaz requiere que la enfermera cree un entorno terapéutico donde se cuiden y se respeten la dignidad y la integridad del paciente y su familia y se interese por los deseos y conocimientos previos de la persona cuidada

para partir de ellos desde el respeto y fomentar la colaboración y la participación activa, la promoción de la salud y la prevención del estrés en el proceso de salud enfermedad. La enfermera debe desarrollar autocuidados a nivel personal para después cuidar otros y promocionar en ellos la salud y la conciencia personal. La reflexión sobre las propias experiencias, la practica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto. <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>

## VI.- MARCO TEORICO

### 6.1. Enfermería como profesión disciplinaria

Se le denomina a la enfermería como disciplina a un conjunto de conocimientos que se desarrollan a partir de una forma de ver una situación determinada, considerando los aspectos científicos, bases filosóficas, y bases históricas. Las corrientes epistemológicas que establecen la relación sujeto- objeto son el respaldo de estos conocimientos, ya que así se ha demostrado que el enfocar el desarrollo del conocimiento en la disciplina, y trabajar en las ideas que aún están en proceso y progreso, son las premisas de enfermería. <sup>(5)</sup>

La enfermería ha dado una visión nueva al mundo, ya que ha estado basada por el empirismo, donde se ubica el positivismo y el paradigma interpretativo, el cual se basa en voltear las miradas a las experiencias humanas y los significados que tienen para esas personas, de ese modo ubicar sus propios paradigmas, categorización, integración y transformación. Cada uno de ellos integrado por teóricos donde se encuentran los Metaparadigma.

“La disciplina es el cuerpo de conocimiento que guía la práctica de enfermería” (Duran de Villalobos, 2000). (Cruz, Pérez, Jenaro, flores y Segovia, 2010) “todas las profesiones tienen una función propia que constituye el punto de partida de su cuerpo de conocimientos que lo caracterizan como profesión”. <sup>(5)</sup>

Todas las profesiones están conformadas por dos componentes:

La fundamentación profesional: son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de enfermería. Se basa en las actividades que realizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. <sup>(5)</sup>

La ciencia de enfermería se define como un cuerpo de conocimiento científico acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas y humanísticas del comportamiento, y otras que son pertenecientes a enfermería y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería. <sup>(5)</sup>

La disciplina constituye al cuerpo de conocimiento que permite a la enfermería desarrollarse como ciencia, al trabajar la enfermería en conjunto con otras personas

requiere de un compromiso social para brindar la atención a las familias o grupos, y así se necesita de la existencia de un cuerpo de conocimientos que permitan en abordaje y la comprensión de las diferentes situaciones que se abordan así como saber la técnica que se necesite ejecutar.

#### 6.2. El cuidado como objeto de estudio

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cuidado de los pacientes es una serie de actos que tiene como finalidad mantener a los seres humanos vivos con el propósito de perpetuar la vida, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona y así que continúe interactuando con su entorno. <sup>(5)</sup>

Cuidar implica conocer a cada ser, y concentrarse por el que exige un esfuerzo de atención, el valor del cuidado se fundamenta en las enfermeras cuyo ser es trascendente.

Las condiciones que son necesarias para que se de el cuidado son: la conciencia y el conocimiento sobre la necesidad del cuidado, la intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento y el cambio positivo como resultado del cuidado, basado solo en el bienestar de los demás.

La importancia del cuidado de enfermería reincide en el modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios, y también los avances científicos y tecnológicos que hacen que enfermería tenga un nuevo estilo de práctica.

#### 6.3 Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático de lograr brindar cuidados humanísticos eficientes centrados en el logro de los resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Este método sistemático organiza la administración de cuidados individualizados de acuerdo al enfoque básico de cada persona o grupo de ellas responde de manera diferente ante una alteración real o potencial de salud, es adaptada para la resolución de problemas. <sup>(6)</sup>

Dentro de sus características encontramos la validez universal, la implementación de un lenguaje con terminología y comprensión para todos los profesionales, está

centrado en el paciente teniendo en cuenta una relación directa entre el paciente y el profesional de la salud, está orientado a la búsqueda de soluciones teniendo una meta clara, consta de cinco etapas cíclicas.

Permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, ya que el paciente es considerado un individuo único que necesita atenciones de enfermería especializadas en él y no solo a su enfermedad.

Sus objetivos son que sirven de instrumento de trabajo para el personal de enfermería, brindar a la profesión un carácter científico, hacer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, consiente y ordenada, trazar objetivos evaluables, mantener una investigación constante, desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía y reconocimiento social. <sup>(6)</sup>

#### 6.4. Modelo teórico utilizado para la elaboración del PAE

##### *Modelo de suplencia o ayuda*

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona.

Consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades, en la realización de autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado. <sup>(7)</sup>

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

Define enfermería como: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. <sup>(7)</sup>

#### 6.4.1. Elementos fundamentales del modelo utilizado

El metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería. <sup>(7)</sup>

Persona: entiende al ser humano como un organismo biológico, racional, y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utiliza las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia, y hechos colaterales con el fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. <sup>(7)</sup>

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia del defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene la persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y grupos de asistencia directa en su cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por situaciones personales. <sup>(7)</sup>

## 6.5. Etapas del Proceso atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

### 6.5.1. Valoración

Fase de valoración: consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno” , y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y auto concepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. <sup>(8)</sup>

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro.

Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo). <sup>(8)</sup>

### *6.5.2 Diagnostico*

Fase de diagnóstico: los diagnósticos en enfermería son parte de las adaptaciones de la enfermería para estandarizar su terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados, se cree que el tener una terminología estandarizada será para mejorar el rango científico basado en la evidencia, el propósito de esta etapa es identificar los problemas de enfermería del paciente. <sup>(8)</sup>

Los diagnósticos de enfermería siempre estarán referidos a las respuestas humanas que originan un cierto déficit de autocuidado y que pasan a ser responsabilidad de la persona. Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. <sup>(9)</sup>

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. <sup>(8)</sup>



### 6.5.3. Planeación

Fase de planificación: esta fase consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar la respuesta del cliente sano o para evitar, reducir y corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería, se constituye de cuatro fases: el establecimiento de prioridades, elaboración de objetivos, desarrollo de intervenciones de enfermería, y documentación del plan. <sup>(8)</sup>

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, sus estrategias, evaluaciones e intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidado:

- El individualizado: este permitirá documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados, y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- El estandarizado: "Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad, según Mayers".
- El estandarizado con modificaciones: este permite la individualidad al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.
- Fase de ejecución: aquí se ejecutará el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo, y deberá ser claro para la buena comunicación entre el personal enfermero.

#### *6.5.4. Implementación*

Es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. <sup>(8)</sup>

#### *6.5.5. Evaluación*

Fase de evaluación: se evaluará el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento o si ocurre regresión, el personal de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados, ya que se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. <sup>(8)</sup>

### *6.6. Problemática de salud de la persona*

#### **Definición**

La cirrosis es la manifestación terminal de toda enfermedad hepática progresiva crónica. Es un proceso difuso caracterizado por pérdida de parénquima hepático, formación de tabiques fibrosos y nódulos de regeneración que distorsionan la arquitectura normal y la anatomía vascular. Se sabe que los cambios histológicos condicionan una alteración vascular intrahepática y una reducción de la masa funcional hepática y como consecuencia se desarrolla hipertensión portal e insuficiencia

hepática, dando como resultado final sus complicaciones mayores: ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática. <sup>(10)</sup>

## Tipos

*Cirrosis por alcohol.* es la causa más frecuente en México; considerando que se necesitan 10 años para que la persona origine cirrosis; sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos la desarrollan, por lo que se hallan también involucrados otros factores: nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: la duración y la cantidad de consumo de alcohol, infección por virus de la hepatitis B o C y la desnutrición, factores que contribuyen a la evolución de la enfermedad y aceleran el daño hepático.

(11)

*Cirrosis por hepatitis viral.* Las hepatitis virales B y C son causas frecuentes de cirrosis en occidente y la causa principal en Asia y África. Los pacientes adquieren la infección por vía parenteral: transfusión sanguínea, procedimientos médico quirúrgicos e inyección de drogas.

*Cirrosis criptogénica.* Se refiere al desarrollo de cirrosis en ausencia de alcohol, infección viral, colestasis, enfermedad genética o auto inmunitaria y constituye alrededor de 10% de las causas de cirrosis. Actualmente se sabe que muchos casos son ocasionados por esteatohepatitis no alcohólica, entidad observada frecuentemente en pacientes obesos y diabéticos.

*Hepatitis autoinmune (HA):* La colangitis esclerosante primaria (CEP) y la cirrosis biliar primaria (CBP). La HA es una inflamación crónica del hígado, caracterizada por la presencia de hipergamaglobulinemia, presencia de algunos auto anticuerpos circulantes y la existencia en el examen histológico de una inflamación peri portal. La incidencia es mayor en el sexo femenino.

*La cirrosis biliar secundaria* es un padecimiento ocasionado por obstrucción mecánica de las vías biliares, en las que predomina la colestasis. La causa más común en adultos es la estenosis postoperatoria y cálculos biliares; en niños las causas más frecuentes son la atresia biliar congénita, fibrosis quística y quistes de colédoco.

## Incidencias

La tasa de incidencia de cirrosis hepática alcohólica en México fue de 3.2 casos por cada 100 mil habitantes, siendo chihuahua uno de los estados con la tasa de incidencias más alta, con 11.1 casos por cada 100 mil habitantes, y el estado de Querétaro con menor incidencia con el 1.0 casos por cada 100 mil habitantes. Teniendo en cuenta que fueron mayores los casos de incidencia en hombres de 60 a 64 años de edad, y mujeres de 60 y más años. <sup>(11)</sup>

## Causas

La cirrosis es la consecuencia de un daño hepático crónico debido a múltiples causas: alcohol, enfermedades auto inmunitarias, infecciones virales, daño inducido por fármacos, colestasis y enfermedades metabólicas.

Otras causas de cirrosis son: la cirrosis cardíaca, administración prolongada de algunos fármacos como: metrotexate, alfametildopa, oxifenisatina, hidralazina y amiodarona entre otros; enfermedades de base genética como: hemocromatosis, enfermedad de Wilson y déficit de alfa 1-antitripsina. <sup>(12)</sup>

## Signos y síntomas

Síntomas generales: Astenia Adinamia.

Signos cutáneos-ungueales: Arañas vasculares, Telangiectasias, Eritema palmar, Hipertrofia parotídea, Contractura de Dupuytren, Acropaquia, Uñas en vidrio de reloj, Desaparición de la lúnula (leuconiquia).

Exploración abdominal: Hepatomegalia, Esplenomegalia.

Alteraciones endocrinas: Atrofia testicular, Disminución de la libido, Impotencia coeundi, Ginecomastia, Trastorno del ciclo menstrual, Amenorrea, Anormalidad de la distribución del vello (axilas y pubis).

Manifestaciones hemorrágicas: Equimosis, Gingivorragias, Epistaxis, Hemorragia de tubo digestivo alto y/o bajo. <sup>(12)</sup>

## Complicaciones

La evolución clínica de los pacientes con cirrosis avanzada se complica normalmente con una serie de secuelas importantes. Estas complicaciones son *hipertensión portal (HP)*: definida como la presión de la vena hepática mayor de 5mm Hg. La hemorragia variceal se presenta cuando el gradiente de presión es mayor de 12mm Hg. Su patogenia está dada por la relación entre el flujo sanguíneo venoso portal y la resistencia a este flujo sanguíneo dentro del hígado y los vasos sanguíneos colaterales portosistémicos. peritonitis bacteriana espontánea (PBE), síndrome hepatorenal (SHR) y encefalopatía hepática (EP).<sup>(12)</sup>

*Las várices esofagogástricas* son una respuesta a la HP para descomprimir la vena porta y regresar la sangre a la circulación sistémica. El riesgo de hemorragia se relaciona con las dimensiones y apariencia de las várices, así como con el grado de encefalopatía.

*Ascitis*. Es el acumulo excesivo de líquido dentro de la cavidad peritoneal y es la complicación más común. La ascitis se debe al exceso de sodio y agua corporal. Diversas teorías explican los mecanismos que la producen; una de ellas plantea que el trastorno inicial es la retención de líquido en la circulación esplácica.

El riñón detecta esta aparente disminución del volumen intravascular y su respuesta es la retención de sodio y agua mediante la estimulación del sistema renina-angiotensina, sistema nervioso simpático y hormona antidiurética.<sup>(12)</sup>

Otra teoría propone que el riñón retiene inadecuadamente agua y sodio en ausencia de reducción del volumen; por último, una tercera teoría es la de la vasodilatación arterial periférica; ésta sostiene que la retención de sodio es secundaria al llenado arterial insuficiente, debido a vasodilatación y no al menor volumen circulante.<sup>(10)</sup>

Peritonitis bacteriana espontánea. Los pacientes con ascitis pueden sufrir PBE; el líquido de ascitis puede tener concentraciones bajas de albúmina y otras proteínas opsonizantes que favorecen la infección. Las bacterias que ocasionan la PBE proceden del intestino y pasan hacia el líquido de ascitis por vía hematogena, tras migrar a través de la pared intestinal y de los linfáticos. Además, la presencia de una gran cantidad de líquido peritoneal permite el crecimiento bacteriano. En estas

condiciones los macrófagos del hígado y del bazo son incapaces de eliminar la bacteriemia. El diagnóstico se establece mediante el análisis del líquido en el que se encuentra una cuenta de leucocitos mayor de 500 o más de 250 polimorfo nucleares.  
(12)

*Síndrome hepatorenal.* Es una complicación grave que presentan los pacientes cirróticos con ascitis y se caracteriza por azoemia progresiva por la retención de sodio y oliguria, sin que exista alguna causa estructural de disfunción renal. Está relacionado con alteraciones hemodinámicas renales y desequilibrio entre prostaglandinas y tromboxanos. La función renal se encuentra íntegra y la biopsia no muestra alteraciones.

El SHR se clasifica en dos tipos: tipo 1 y tipo 2.

El SHR tipo 1 se observa con frecuencia en pacientes con cirrosis alcohólica con o sin hepatitis alcohólica; se caracteriza por una insuficiencia renal progresiva, con aumento al doble de la creatinina en menos de dos semanas. El pronóstico es muy malo, con 80% de mortalidad en menos de dos semanas. En 30% de los pacientes con PBE se desarrolla el SHR tipo 1.

El SHR tipo 2 se caracteriza por insuficiencia renal con disminución progresiva y constante de la creatinina (entre 1.5 y 2.5 mg/dL) en ausencia de otras causas. El pronóstico es malo y la supervivencia es de 50% a cinco meses y de 20% a un año.  
(12)

*Encefalopatía hepática.* Es un síndrome neuropsiquiátrico reversible o progresivo que se caracteriza por alteraciones de la conciencia y la conducta, cambios de la personalidad, signos neurológicos fluctuantes, asterixis y anomalías electroencefalográficas características. Se presenta a menudo como un cuadro agudo y reversible, pero en algunos pacientes es crónico y progresivo.

Se sabe que en este síndrome existe una alteración multiorgánica, disfunción hepatocelular avanzada y cortocircuitos intrahepáticos o extrahepáticos de sangre venosa portal, la cual ingresa a la circulación sistémica sin pasar por el hígado. En cuanto al sistema nervioso central, se observa aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica para algunas sustancias como benzodiazepinas endógenas. Por otra parte, en la cirrosis existe una baja reserva hepática lo que disminuye la

depuración de amoníaco, incrementa su concentración plasmática y ocasiona algunas de las manifestaciones clínicas de la EH; sin embargo, la concentración de amoníaco no se relaciona en forma directa con la gravedad de la encefalopatía. <sup>(12)</sup>

#### 6.6.1. Diagnóstico y tratamiento

Como se diagnostica (análisis de laboratorio y gabinete)

Las alteraciones relacionadas con el funcionamiento hepático se ponen en evidencia mediante la determinación de una serie de parámetros analíticos de fácil obtención que permiten valorar si existe algún déficit en las funciones de síntesis y depuración en las que interviene el hígado. <sup>(10)</sup>

Disminución de la síntesis: Hipoalbuminemia, Hipocolesterolemia, Descenso de la tasa de pro trombina.

Anormalidad de la depuración Hipergammaglobuliemia

Otras alteraciones: Hiperbilirrubinemia, Hipertransaminasemia, Aumento de la gammaglutamil transpeptidasa.

La ecografía abdominal puede revelar cambios de valor diagnóstico que ahorren la práctica de una biopsia hepática, estos cambios son una estructura heterogénea del hígado, asociada a veces con un contorno nodular, junto con signos de hipertensión portal, como aumento del calibre de la vena porta (>12 mm de diámetro), presencia de circulación colateral y esplenomegalia. <sup>(9)</sup>

La realización de una punción biopsia hepática deberá ser planteada solo en aquellos casos en los cuales las pruebas indirectas (como son las pruebas convencionales de función hepática y la ecografía abdominal) no permitan asegurar razonablemente la existencia de una cirrosis establecida. En el diagnóstico diferencial de la cirrosis deben tenerse en cuenta enfermedades como la pericarditis, constrictiva, la insuficiencia cardiaca, la infiltración neoplásica masiva del hígado y el síndrome de BuddChiari, entre otras. Para la valoración integral del enfermo y sobre todo para evaluar las complicaciones se sugiere que en forma individual se solicite también: tele de tórax, USG doppler de hígado, esplenoportografía, paracentesis diagnostica, paneneoscopia, etc. <sup>(11)</sup>

## Tratamiento

Estará encaminado a evitar el factor etiológico, si es posible y posteriormente al manejo integral. Evitar bebidas alcohólicas, Reposo Dieta para hepatopata con 0.5 grs. de proteínas de origen animal por Kg de peso y restricción de sodio de acuerdo a los electrolitos urinarios, restricción de líquidos a 1200 ml en 24 hrs.

Diurético (en caso de ascitis) con doble esquema (espironolactona y furosemida) 100 mgs-40 mgs en dosis única por las mañanas ajustando de acuerdo a respuesta. Betabloquadores (propranolol, nadolol) ajustando la dosis de acuerdo a la disminución basal de la frecuencia cardiaca (menor a 25%), evitando bradicardia sintomática. <sup>(11)</sup>

## VII. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Paciente masculino de 65 años de edad. Estado civil: Viudo. Ocupación: licenciado en derecho Religión: católico.

Su familiar refiere observar una distensión anormal en el área abdominal y las extremidades inferiores, el medico realiza una auscultación y se presentó que el paciente tenia retención de líquidos.

Se mandaron a realizar estudios, ultrasonido, gabinete, ego, se le receto medicamento para eliminar el edema de su cuerpo, inclusive el medico menciona que si hubiera llegado más tarde no habría oportunidad de salvarlo, ya que tenía un 70% de agua en el cuerpo, se le receto dieta hipercalórico e hiperproteica, y cuidar la cantidad de agua que debía tomar al día, lo cual tenía que ser un poco menos que la cantidad normal que toma una persona al día. Esto se sucito en Mayo 2019

El paciente llevo el tratamiento por aproximadamente 3 meses, después de ese tiempo dejo el tratamiento y al considerar que vivía con una persona enferma dejo la dieta y se volvió a edematizar. Al tomar el primer tratamiento dejo de tomar alcohol.

A los 3 años refieren los familiares observarle edematizado, lo llevaron con otro médico, y el paciente menciona que tenía una molestia en el testículo, se le realizaron estudios y un chequeo médico y le diagnosticaron una hernia inguinal, en el testículo, y una hernia umbilical en el ombligo, el medico indico una cirugía, para



remover las hernias, al realizar la cirugía salía exceso de agua del cuerpo, dado que también por el exceso de agua en el cuerpo la hernia se hizo más grande y es ahí donde se le volvió a diagnosticar la cirrosis, cabe mencionar que al tener la primera consulta con el medico nunca menciono que antes ya le habían detectado cirrosis hepática a un 80% de no funcionalidad del hígado , y fue un factor problemático, después de la cirugía, el medico dio tratamiento para volver a sacar el agua del cuerpo, pero mencionan los familiares que fue un tratamiento el cual funciono de manera inmediata, ya que fue de un dia para otro en exceso, y llego a deshidratarse, eso desencadeno que el paciente demorara en su recuperación de la cirugía de las hernias, y de la deshidratación.

Se mantuvo un mes, con dieta y poca agua, se le realizaba curación de herida, y la deshidratación empeoraba y su presión disminuía, presento xerosis , y se mantenía muy débil, no se paraba de la cama, realizaba sus necesidades en cómodo, inclusive se llegó a desmayar el paciente por la hipotension, la cual llego a tener 60/40 mm Hg, al tener esta complicación, se llevó con un médico internista, en la consulta se le realizo auscultación, y le diagnosticaron insuficiencia hepática, con hipotension, se mantuvo internado en la clínica particular en la cual se le canalizo, y se le pasaban medicamentos por via intravenosa, manteniendo su dieta hiperproteica e hipercalórico, al igual que una dieta baja en potasio, se le realizaban estudios de sangre y ego, para ver si el riñón trabajaba normal, menciono el médico que si su presión no subía tenían que contemplar ponerle un marcapaso, estuvo 5 días internado.

Salió del hospital con tratamiento y dieta, menciona que cada 15 días iba a consulta con el médico.

**Diagnóstico de ingreso:** insuficiencia hepática -deshidratación severa.

**SV:** FC: 64 x' T/A: 70/50 mm Hg FR: 20x' SO<sub>2</sub>: 96% TEM: 36°C GLU: 113mg PESO: 60 kg.

**Antecedentes de importancia:**

Quirúrgicos: cirugía de hernia inguinal y hernia umbilical.

Alcoholismo por muchos años. Niega alergias medicamentosas.

**Indicaciones médicas:**

- Dieta hipercalórico, hiperproteica. Baja en sodio y potasio.
- Signos vitales cada 4 horas y cuidados generales de enfermería
- Vigilar estado anímico y eliminación de líquidos.

Solución Cloruro de sodio al 90% 500 mililitros endovenoso para 12 horas.

Medicamentos:

Furosemida 40mg

Espironolactona 25mg

Lactulax 10gr

Omeprazol 20mg

Ferranina fol 368mg

No suspender su tratamiento farmacológico.

Realizar biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina.

## VIII. DESARROLLO DE PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA

### 8.1 Valoración clínica del sujeto de cuidado

#### A. Factores condicionantes básicos

##### 1) Condicionantes básicos

Paciente masculino de 65 años de edad, residente del municipio de Minatitlán Veracruz, con un peso de 60kg y una altura de 1.72 cm, estudio hasta la universidad, es licenciado en derecho, viudo, religión católica. Desde hace meses con trabajo en ocasiones ya que se dedicaba cuidar a su pareja cuando estaba en estado delicado, lo apoyaban económicamente sus hermanos, no tiene casa propia ya que al fallecer su mujer, se fue a vivir a casa de una de sus hermanas.

##### 2) Patrón de vida

No llevaba un tratamiento como tal , no realizaba actividades recreativas, a veces solo caminaba, al tener a su pareja enferma el se deslindaba de planes y reuniones familiares, o en ocasiones llegaba ebrio y a seguir tomando, es alcohólico desde los

18 años, su familia era católica pero el nunca participo en la iglesia, se baña todos los días y su seo bucal es de almenos una vez al dia, dentadura completa pero con caries en alguna de ellas.

### 3) Factores del sistema de cuidado de salud

No cuenta con afiliación medica ni derechohabiencia a alguna institución gubernamental, los familiares refieren que tiene edema en sus extremidades inferiores y en la zona abdominal desde hace un tiempo, padecimiento referido al alcohol.

Diagnostico medico cirrosis hepática, estado de salud delicado, con esquema de vacunación completo, conoce de los riesgos de el alcoholismo pero no hace nada por atender el problema.

### 4) Estado de desarrollo

Posee las capacidades para la toma de decisiones, con respecto a su tratamiento médico desde hace unos meses pero rechaza los medicamentos y acude con un “médico naturista” y le recomienda la urinoterapia o terapia de orina.

### B. Requisitos de autocuidado universales

Aporte suficiente de aire: no requiere de ningún dispositivo de ayuda, posición semifowler.

Aporte suficiente de alimentos: dieta hipercalórico e hiperproteica, baja en sodio y potasio, catéter periférico.

Aporte suficiente de agua: infusión cloruro de sodio de 500 ml con un ampula de MVI 12 adulto, solución inyectable, con control de líquidos.

Proceso de eliminación: evacuaciones con hematoquecia, en cómodo.

Equilibrio entre actividad y descanso: en reposo, con horas de sueño normales (7 a 8 hrs) y dos a 3 siestas al día.

Equilibrio e interacción social y actividad: el apoyo familiar está presente en el momento de la enfermedad.

Prevención de peligros: desorientado por momentos durante la estadía, riesgo de ulceras por presion ya que no se levanta, al igual que el riesgo de caída.

Promoción del desarrollo humano: desconoce sus limitantes, nunca atendió la cirrosis, y no se tomaba los medicamentos que le indicaron los médicos con regularidad.

C. Requisitos de desviación de la salud:

Alterada desde que el paciente tiene un edema en sus miembros inferiores y la zona abdominal por retención de líquidos ya que desbordaron una hernia inguinal, en el testículo, y una hernia umbilical en el ombligo, presenta dolor abdominal, ascitis, los resultados de laboratorio presentaron una hemoglobina de 11.2 gr/dl, hematocrito de 33.3%, plaquetas de 98,000 cel/ul.

8.2 Diagnósticos de enfermería según el caso

8.3 Planificación de intervenciones

8.4 Ejecución de intervenciones

8.5 Evaluación

		PLAN DE CUIDADOS				
		Clasificación de los resultados (NOC): equilibrio hídrico				
DOMINIO: 2 NUTRICION CLASE: 5 HIDRATACION		RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b>		<b>DOMINIO</b>	<b>CLASE G</b>	-Hematocrito -ascitis -edema periférico -ojos hundidos - confusión	1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. levemente comprometido 5. no comprometido	<b>-Logrado:</b>  <b>-En vías de lograrse: 4</b>  <b>-No logrado:</b>
		II salud fisiológica	líquidos y electrolitos			
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b> EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS 00026 <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> r/c Desviaciones que afectan al fluido, ingesta excesiva de líquidos. <b>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</b> m/p presion arterial alterada, estado mental alterado, disminución de la hemoglobina, y hematocrito sérico, edema.		Equilibrio hídrico 0601				

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)</b>	
<b>CAMPO: 2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO</b>	<b>CLASE: N CONTROL DE LA PERFUSION TISULAR</b>
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: manejo de líquidos</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar sondaje vesical, si es preciso</li> <li>- Realizar registro preciso de ingesta y eliminación</li> <li>- Pesar a diario y controlar la evolución</li> <li>- Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos, aumento de BUN, disminución de hematocrito.</li> <li>- Monitorear signos vitales.</li> <li>- Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos.</li> <li>- Control de cambios de peso.</li> <li>- Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.</li> <li>- Administración de diuréticos prescritos, si procede.</li> <li>- Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.</li> <li>- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 hrs, si procede.</li> </ul>	<p>-Son actividades de enfermeria correspondiente, ya que ayudara a tener un control de líquidos que previene complicaciones derivadas de niveles de electrolitos anormales. Se debe mantener un aporte de agua suficiente ya que es uno de los requisitos de autocuidado afectado para l desviación de la salud.</p>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> <p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008</p> <p>3.- McCloskeyD.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007</p>	

### **Ejecución de intervenciones.**

1. Exceso de volumen de líquidos r/c desviaciones que afectan al fluido, ingesta excesiva de líquidos, m/p presion arterial alterada, estado mental alterado, disminución de la hemoglobina, y hematocrito sérico, edema.

**Objetivos:** Manejo de líquidos proceso de atención de enfermeria (PAE)

**Actividades:** Realizar sondaje vesical, si es preciso, Realizar registro preciso de ingesta y eliminación, Pesar a diario y controlar la evolución, Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos, aumento de BUN, disminución de hematocrito, Monitorear signos vitales, Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos, Control de cambios de peso, Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera, Administración de diuréticos prescritos, si procede,

Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente, Distribuir la ingesta de líquidos en 24 hrs, si procede.

### **Ejecución:**

Se le informa al paciente y al familiar que se le realizara sondaje vesical con la higiene y preparación previa para poder obtener datos más exactos para el registro y control de líquidos.se le realizo el procedimiento con sonda Foley de 18CH.

Se le informo al paciente y al familiar que al momento de darle sus alimentos le informará al personal de enfermería que comerá y en qué cantidad, teniendo dieta blanda sin irritantes ni grasas, y agua en pocas cantidades, al igual que al momento de querer defecar.

Durante la estancia en la clínica se mantuvo un control de peso cada 24 horas, teniendo como base los 68 kg que tenía cuando ingreso a la clínica, se le tomo química sanguínea completa, y biometría hemática completa, BUN: 173.00 mg/dl, hematocrito 39.1%. y se solicitó un URA.

Se le realizo monitoreo de signos vitales cada 8 horas variando entre los siguientes valore: T/A: 110/75 mm/hg, fc: 52 lpm, fr: 20 rpm, temp: 36.0° saturacion: 96% , al igual que identificar el lugar del edema, y monitorear si crece o no el área, se le administraron diuréticos de acuerdo a la cantidad de líquidos que eliminaba, espironolactona furosemida se le administraron líquidos iv ya prescritos siempre al pendiente de la respuesta del paciente a la medicación y los efectos secundarios.

### **Evaluación:**

Exceso de volumen de líquidos r/c desviaciones que afectan al fluido, ingesta excesiva de líquidos, m/p presión arterial alterada, estado mental alterado, disminución de la hemoglobina, y hematocrito sérico, edema.

**Objetivo:** manejo de líquidos proceso de atención de enfermería (PAE).

**Evaluación:** a los dos días de llevar el tratamiento el paciente bajo 2.5 kg, en sus estudios de laboratorio el BUN: 108.0 mg/dl, hematocrito: 33.0%, en el ultrasonido solicitado se obtuvo que el hígado este hipotrofico, la vesícula biliar con un lito y paredes engrosadas, y liquido de ascitis en cavidad abdominal. En cavidad pélvica aproximadamente unos 223ml. Con el sondaje vesical se cuantifico la cantidad exacta de orina excretada por el paciente teniendo por dos días una cantidad de 1,500 ml, los signos vitales a los dos días tuvieron un rango de T/A: 122/ 73 mm/hg, fc: 64 lpm, fr: 21 rpm, temp: 36.0°, saturación: 95%., al administrar diuréticos ayudo a eliminar mayor parte del líquido que se almacenaba la alimentación y los líquidos iv ayudaron a que no se deshidratara por la cantidad de agua que se eliminó.

		<b>PLAN DE CUIDADOS</b>				
		Clasificación de los resultados (NOC): funcionamiento de la familia.				
<b>DOMINIO: 7 RELACIÓN DE ROLES CLASE: 2 RELACIONES FAMILIARES</b>		<b>RESULTADOS (NOC)</b>		<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b>		<b>DOMINIO VI salud familiar</b>	<b>CLASE X bienestar familiar</b>	Se adapta a los cambios de desarrollo	1. nunca demostrado	<b>-Logrado:</b>
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b> PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> r/c persona adictiva, estrategias de afrontamiento ineficaz, habilidades inadecuadas para la resolución de problemas. <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> m/p niega problemas, dificultad para aceptar ayuda, dificultad para adaptarse al cambio, conocimiento inadecuado sobre el uso inadecuado sobre el uso indebido de sustancias, expresa vergüenza, desorganización familiar,		Funcionamiento de la familia. 2602		-implica a los miembros en la resolución de problemas -los miembros son receptivos a nuevas ideas -los miembros se ayudan unos a otros.	2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado	



CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
<b>CAMPO: 5 FAMILIA</b>	<b>CLASE: X CUIDADOS DE LA VIDA</b>
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: TERAPIA FAMILIAR</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar la historia clínica del paciente para investigar a la familia.</li> <li>- Determinar los patrones de comunicación de la familia.</li> <li>- Identificar los papeles habituales dentro del sistema de la familia.</li> <li>- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto.</li> <li>- Proporcionar educación e información.</li> <li>- Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizan las siguientes actividades de enfermería con el fin de lograr una meta en el tratamiento conjunta con el paciente y los familiares, y así pueda llevar el tratamiento en casa de manera óptima y en conjunto con los cuidadores.</li> </ul>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> <p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008</p> <p>3.- McCloskey D.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007</p>	

### **Ejecución de intervención:**

2. Procesos familiares disfuncionales r/c persona adictiva, estrategias de afrontamiento ineficaz, habilidades inadecuadas para la resolución de problemas, m/p niega problemas, dificultad para aceptar ayuda, dificultad para adaptarse al cambio, conocimiento inadecuado sobre el uso inadecuado sobre el uso indebido de sustancias, expresa vergüenza, desorganización familiar,

**Objetivo:** Terapia familiar proceso de atención de enfermería (PAE).

**Actividad:** Utilizar la historia clínica del paciente para investigar a la familia, Determinar los patrones de comunicación de la familia, Identificar los papeles habituales dentro del sistema de la familia, Identificar las áreas de insatisfacción y/o

conflicto, Proporcionar educación e información, Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.

**Ejecución:** se realizó revisión de la historia clínica del paciente, se le pregunto al paciente sobre su familia sin mucho éxito en un principio y se negaba a hablar, pero al tener un lazo de confianza con el paciente la familia también apoyo en la causa.

### **Evaluación**

Procesos familiares disfuncionales r/c persona adictiva, estrategias de afrontamiento ineficaz, habilidades inadecuadas para la resolución de problemas, m/p niega problemas, dificultad para aceptar ayuda, dificultad para adaptarse al cambio, conocimiento inadecuado sobre el uso inadecuado sobre el uso indebido de sustancias, expresa vergüenza, desorganización familiar,

**Objetivo:** terapia familiar proceso de atención de enfermería (PAE).

**Evaluación:** al revisar su historia clínica se determinó que el paciente cuenta con 5 hermanos que apoyan económicamente, mas sin embargo tienen problemas con otro de ellos que no apoya , el paciente se mantiene en negación con su enfermedad y con el hecho de ser alcohólico, al igual que no le gusta recibir ayuda ni ordenes de sus familiares, ya que nunca se ha mantenido al cuidado de otras personas y le cuesta adaptarse a ese cambio de vida, por la misma situación le da vergüenza que lo tengan que asistir para realizar sus necesidades.

Se canalizo que dentro de su familia solo hay una persona que se queda a cuidarlo y los otros hermanos solo apoyan económicamente y con la comida que se le lleva, al momento de escuchar las situaciones en las que se encontraban, se determinó una implementación de solución del problema, y se habló con los familiares más cercanos para llegar a un acuerdo con los horario y los turnos que cubrirá cada uno de los hermanos, al estar en la clínica y al darlo de alta, al igual que los responsables de las comidas por horarios, para asi mantener una buena armonía y manejo justo de lo económico y el trabajo que requiere cuidar una persona .

PLAN DE CUIDADOS						
Clasificación de los resultados (NOC): control del dolor						
DOMINIO: 12 comodidad CLASE: 1 comodidad		RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)</b>		<b>DOMINIO IV conocimiento y conducta de salud</b>	<b>CLASE Q conducta de salud</b>	-reconoce el comienzo del dolor -Describe el dolor -utiliza medidas preventivas para el control del dolor.	1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado	<b>-Logrado:</b>  <b>-En vías de lograrse: 4</b>  <b>-No logrado:</b>
<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b> DOLOR AGUDO 00132 <b>FACTORES RELACIONADOS:</b> r/c agente de daño biológico, uso inadecuado de agente químico  <b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</b> m/p cambio de apetito, evidencia de dolor verbal, expresión facial de dolor.		Control del dolor 1605				
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
<b>CAMPO: 1. FISIOLÓGICO: BASICO</b>			<b>CLASE: E Fomento de la comodidad física</b>			
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: manejo del dolor</b>			<b>FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:</b>			

**ACTIVIDADES:**

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya, la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales
- Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Explorar el conocimiento y las creencias del dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeorar el dolor.

- actividades de enfermería que ayudaran al paciente a mejorar su tratamiento, ya que nos apoya a especificar el padecimiento y poder actuar correctamente ante las situaciones y prevenirse de alguna contraindicación.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010
- 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008
- 3.- McCloskey D.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007

**Ejecución de intervención:**

1. Dolor agudo r/c agente de daño biológico, uso inadecuado de agente químico, m/p cambio de apetito, evidencia de dolor verbal, expresión facial de dolor.

**Objetivo:** Manejo del dolor Proceso de atención de enfermería (PAE).

**Actividad:** Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya, la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes, Observar claves no verbales, Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes, Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor, Explorar el conocimiento y las creencias del dolor, Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor, Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeorar el dolor.

**Ejecución:**

Se realiza una valoración del dolor del paciente, utilizando la escala EVA la cual nos dio una intensidad de 6, interrogándolo sobre las características de este,

informándonos del dolor mientras se ausculta del abdomen, se percibió una rigidez en la pared abdominal, al presionar es molesto para el paciente de acuerdo a su semblante y le falta la respiración ya que se realizó la exploración con el paciente en posición supina, el dolor es visceral, continuo. En lo que el paciente experimentaba el dolor realizaba diferentes posiciones para verificar si dolía más o menos al igual que caminar. Se le administro Tramadol 2ml c/8hrs IM.

### **Evaluación**

Dolor agudo r/c agente de daño biológico, uso inadecuado de agente químico, m/p cambio de apetito, evidencia de dolor verbal, expresión facial de dolor.

**Objetivo:** manejo del dolor Proceso de atención de enfermería (PAE).

**Evaluación:** a los dos días de tratamiento el conocer las características del dolor y la manera de reducirlo de maneras físicas ayudo a que el paciente se sintiera más cómodo y saber cómo actuar ante el dolor, los cambios de posición a semifowler, ayudaron a disminuir el dolor a una intensidad de 3 en la escala de EVA, al igual que caminar y levantarse de la cama le ayudo a concentrarse más en caminar y no en el dolor. El analgésico que se le administro ayudo a que cesara el dolor por completo.

## IX. PLAN DE ALTA

La cirrosis hepática es un estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas. Es un proceso difuso caracterizado por la pérdida de (parénquima hepático) células hepáticas agrupadas las cuales son importantes en el funcionamiento y formación del hígado, formación de septos fibrosos y de nódulos de regeneración que son los encargados de remplazar las células dañadas y estos causan la distorsión de la anatomía y la arquitectura vascular normal.

Existen acciones para ayudar al control y prevención de secuelas.

El paciente es la parte principal del tratamiento y su participación es adecuada para el control de su enfermedad.

Reposo en cama

### MEDICACION

Omeprazol 20mg capsulas

Metoclopramida 10mg tabletas

Ferranina fol tabletas

Muvareta capsulas

### ALIMENTACION

La dieta es un elemento de un estilo de vida saludable facilita el control del avance rápido a una complicación.

El objetivo de llevar una dieta es que se controlen sus comidas sin grasa ni irritantes, poca sal, mas verduras, frutas, carnes blancas, sopas de pasta, líquidos abundantes, aguas de sabores no acidas a libre demanda.

El control de la cirrosis hepática dependerá en la mayoría de tiempo en los alimentos que consumirá, no solo en cantidad si no también en calidad.

Al momento de ser diagnosticado con cirrosis hepática es recomendable ser valorado por un nutriólogo o un especialista en dietas para paciente hepático.

Se sugiere elaborar una lista cuando haga las compras y así comprar lo que necesita y así evitar alimentos prohibidos en su despensa.

Programe sus actividades, vacaciones, festividades, de manera que no tenga que romper su dieta, elija platillos saludables cuando coma fuera de su hogar, siempre tomando en cuenta el tamaño de la porción, los alimentos permitidos y sus horarios de comida.

En caso de tener dudas consulte con médico y busque alternativas en su alimentación.

## PROBLEMAS DEL MOVIMIENTO

Se debe cambiar la posición del paciente cada 2 hrs, manteniendo la postura adecuada.

Proteger con almohadillas las zonas de presión (rodillas, tobillos, codos, nuca, orejas, cadera) para evitar úlceras.

Realizar ejercicios de los arcos del movimiento, girar brazos y piernas cuidadosamente en forma circular, y si el paciente no puede realizarlo solo que lo haga con apoyo del familiar hasta donde sea posible.

Mantener la cama limpia, cómoda y sin arrugas para evitar lesiones en la piel.

Ayudar al paciente a movilizarse fuera de la cama: moverlo de cama a silla o sofá, vigilarlo constantemente para evitar el riesgo de caídas.

Apoyar a la persona en sus actividades de la vida diaria, baño, vestido, alimentación, peinado, ir al baño o cambio de pañal si es el caso, corte de uñas, lavado de dientes, lavado de manos.

Mantener la integridad de la piel, conservándola limpia y seca.

Bañar al paciente con jabón suave y agua tibia.

Untar algún tipo de crema o aceite al paciente.

## RECOMENDACIONES

Tome sus medicamentos en cantidad y horario establecido.

Pregunte a su médico todas las dudas sobre sus medicamentos, para que sirve, como debo tomarlo en ayuno o con alimentos, si puede combinarse con otros medicamentos, en qué orden debe tomarlos, que sucede si no lo toma.

Debe indicar a su médico todos los tratamientos ajenos para poder prevenir interacciones o efectos adversos.

No tome medicamentos ni remedios que no le han sido indicados por profesional de la salud.

Llevar una bitácora de los niveles de glucosa, tensión arterial, y frecuencia cardíaca para que su médico pueda saber cómo respondió al manejo y cuál será el ajuste necesario en caso de que tenga problemas.

**RECOMENDACIONES ADICIONALES:**

Acuda al médico si los niveles de glucosa, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria son anormales, a pesar de sus esfuerzos por controlarlo, o si tiene algún accidente que descontrola el tratamiento.

Atienda cualquier otro problema de salud que tenga, hipertensión, obesidad, colesterol, etc.

Revise sus extremidades y abdomen diariamente aunque no tenga molestias.

Aplicarse las vacunas correspondientes a su edad.

No falte a sus citas de control.

Evite infecciones.

Dejar y evitar vicios.



## X. CONCLUSIONES

Las principales ventajas al aplicar esta teoría son de ayuda para el profesional de enfermería para determinar las habilidades actuales y las que tendrán en un futuro para satisfacer sus necesidades de autocuidado, así permitiendo valorar el potencial de los pacientes y las personas que lo cuidaran quienes en conjunto con el profesional de enfermería actuaran para mejorar la salud, la teoría de orem ofrece un criterio amplio con un sustento científico, para la planeación de los cuidados.

Con el plan de cuidados que se otorgó al paciente, mejoro su equilibrio hídrico, la familia en un principio no tenía una organización de cuidado, pero al hablar con ellos e informarlos sobre el padecimiento y el problema de alcoholismo que tenía su paciente cooperaron de manera grupal, haciendo propicio que hubiera confianza entre ellos, el paciente al recobrar su estado sin dolor y al observar que tenía menos edema , se le explico su patología, y lo que intervenía, estuvo dispuesto a mejorar su estilo de vida por el esfuerzo que habían hecho sus hermanos por ayudarlo, y hacer que su tratamiento funcione por completo.

Al realizar el proceso de esta manera el paciente y los familiares cooperaron de manera grupal, y reaccionaron de buena manera, haciendo que el autocuidado de cada persona es trascendental para la vida individual.

Con el modelo de déficit de autocuidado de orem se aborda un plan de cuidados que responde a una base científica en la que los pacientes con cirrosis hepática requieren del cuidado y actividades de sus cuidadores ya que en el momento de ser hospitalizados su autocuidado se ve afectado, y así sirve de referencia para la práctica de los cuidados profesionales e integra el trabajo multidisciplinario.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. de la Extremidad, B., & de Referencia Rápida, G. Guía de Práctica Clínica GPC.  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/038GER.pdf>
2. Lafuente Pérez, I. (2014). Justificación científica de los cuidados enfermeros en la Cirrosis Hepática en base a los diagnósticos descritos por la NANDA.  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5557/TFG-H87.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galán González Serna, J. M. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. Index de Enfermería, 23(4), 229-233.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300008&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300008&script=sci_arttext)
4. Orkaizagirre Gómara, A., Amezcua, M., Huércanos Esparza, I., & Arroyo Rodríguez, A. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. Index de Enfermería, 23(4), 244-249.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300011#:~:text=El%20Estudio%20de%20casos%20es,soluciones%20y%20estrategias%20para%20mejorarla](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011#:~:text=El%20Estudio%20de%20casos%20es,soluciones%20y%20estrategias%20para%20mejorarla)
5. Barboza, V. V., & Alvarado, O. S. (2011). Enfermería: una disciplina social. Enfermería en Costa Rica, 32(1), 81-88.  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/25412969/Enfermeria-una\\_disciplina\\_social-libre.pdf?1390869239=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRevista\\_Enfermeria\\_en\\_Costa\\_Rica\\_Edicion.pdf&Expires=1690516503&Signature=hLV~dLOIBWJGjtSflwbk5bGH](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/25412969/Enfermeria-una_disciplina_social-libre.pdf?1390869239=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRevista_Enfermeria_en_Costa_Rica_Edicion.pdf&Expires=1690516503&Signature=hLV~dLOIBWJGjtSflwbk5bGH)

[sAKg3c-BX7OwHvGrYv~3QSIMZzaUMv~M5Yi-W5gOJV0jXrKsr6H7MeHQctbpS1OBNSDZCRcHYy-bMZKrB1vhF7OemmrTx1rWsqX6Cj9SJtpIAND237c-YfsZ1-1MLkyCyLYQKiMExSOBg7OBkXKgzdznzSe2Qglir12bNsyjB7K22TsBTMrtJHvp9ffzkz1VRiVaA3t79uB96rY1NVFhCRk3JTvykMheUMYDE5Xs4pTWbrsd8I07JGuFI8DNzb~miPQZ-QiOZ~YyUapV9iyv6gAPx6I9LzS~KENOYXsEhNs7DIp5SQVPpggnAbliQ&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.researchgate.net/publication/338111111)

6. Juárez-Rodríguez, P. A., & García-Campos, M. D. L. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(2), 109-111. [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/download/498/488](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/download/498/488)
7. Alcaraz-Moreno, N., Chávez-Acevedo, A. M., Sánchez-Betancourt, E. M., Amador-Fierros, G., & Godínez-Gómez, R. (2015). Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(2), 65-74. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59838>
8. Hernández, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaquey/amc-2019/amc196m.pdf>
9. Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17), 18-23. <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

10. Lic, A., & Acosta, C. (2009). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37801029/PAE-libre.pdf?1433229566=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPROCESO\\_DE\\_ATENCION\\_DE\\_ENFERMERIA.pdf&Expires=1690518202&Signature=DBUOTJVIbsyvA5udHbjSLoC-bEruAnTmx9Zem5spsG4Le8HsSXEVoxHmnkn6rEK-e90u~gGcEfArLISf5k7~zje1LXblq6SxGe1zGzy707LI9IK37kKGTJJDqfzq8biKvNzxEa0ZfwGTOvBFzv8JlpjMCiT3lpT87IMJqouKcUO2BrPS--pgp8ai6CB2zp5EKi5YFU-OJbeG-7nZfqH9rAN2T1DGiV9n31ndmUNaESQ7bPpgZeA8oT5M7mv8j1XWFiOgVpOqcqhizK2rJSyRs--X8-xUYOG8WlvGJA1wTKCvQ3olaMglJdfhWa3g7cmeK8ijvBD8gO6utGbCET5Pg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37801029/PAE-libre.pdf?1433229566=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPROCESO_DE_ATENCION_DE_ENFERMERIA.pdf&Expires=1690518202&Signature=DBUOTJVIbsyvA5udHbjSLoC-bEruAnTmx9Zem5spsG4Le8HsSXEVoxHmnkn6rEK-e90u~gGcEfArLISf5k7~zje1LXblq6SxGe1zGzy707LI9IK37kKGTJJDqfzq8biKvNzxEa0ZfwGTOvBFzv8JlpjMCiT3lpT87IMJqouKcUO2BrPS--pgp8ai6CB2zp5EKi5YFU-OJbeG-7nZfqH9rAN2T1DGiV9n31ndmUNaESQ7bPpgZeA8oT5M7mv8j1XWFiOgVpOqcqhizK2rJSyRs--X8-xUYOG8WlvGJA1wTKCvQ3olaMglJdfhWa3g7cmeK8ijvBD8gO6utGbCET5Pg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
11. Buey, L. G., Mateos, F. G., & Moreno- Otero, R. (2012). Cirrosis hepática. *Medicine-Programa de formación médica continuada acreditado*, 11(11), 625-633. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541212703591>
12. Narro, J., Gutiérrez, H., López, M., Borges, G., & Rosovsky, H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México I. Características epidemiológicas reelevantes. *Salud Publica de México*, 34(4), 378-387. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634404.pdf>
13. Herdman, H. y Kamitsuru, S. (2019). *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermos: definición y clasificación. 2018-2020*. Elsevier.
14. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, ML (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier.
15. Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.

## XII. GLOSARIO DE TERMINOS

*Ascitis:* Es una colección de líquido detectable y patológica dentro de la cavidad peritoneal.

*Autocuidado:* La capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica"

*Cuidado de enfermería:* Actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

*La ciencia de enfermería:* Se define como un cuerpo de conocimiento científico acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas y humanísticas del comportamiento, y otras que son pertenecientes a enfermería y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería

*Cirrosis hepática:* Es un proceso difuso caracteriza Cirrosis hepática do por fibrosis y la conversión de la arquitectura normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas.

*Metaparadigma de Enfermería:* es el conjunto de conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés para la enfermería, constituye el núcleo disciplinar de la enfermería o bien, el núcleo ontológico-epistemológico de la misma.

*Planes de cuidado estandarizado (PCE):* Protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico.

*Proceso de enfermería:* Es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional.

## XIII. ANEXOS.

### ULTRASONIDO RASTREO ABDOMINAL

Se realizó estudio sonográfico sobre hipocondrio derecho y epigastrio, empleando sonda convexa, con los siguientes hallazgos:

**Hígado** morfológicamente alterado, hipotrófico, con parénquima de aspecto "pseudonodular", lóbulo derecho con medida de 107 mm. Sin patología nodular focalizada.

Las **vías biliares intra y extrahepáticas** no muestran dilatación (colédoco 4 mm). El **trayecto y calibre vascular** sin alteraciones (vena porta 10 mm).

**Vesícula biliar** distendida, de paredes engrosadas, con dimensiones aproximadas de 68 x 43 x 47 mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, en su interior con lito que mide 11 mm.

**Riñón derecho e izquierdo** de forma y tamaño normal, de contornos regulares, con su relación seno-parénquima conservada, sin lesiones a nivel corticomedular. El seno renal se observó ecogénico, homogéneo, sin datos de dilatación, litiasis u otra entidad patológica.

**Páncreas** de forma y medidas dentro de la normalidad, con márgenes discretamente irregulares e imprecisos, con parénquima homogéneo y sin lesión focalizada o difusa.

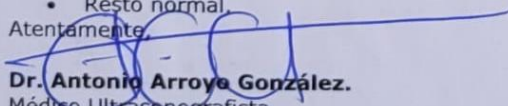
**Bazo** de morfología conservada, homogéneo, con medida de 107 mm en su eje largo.

**Próstata** en situación habitual, de tamaño normal, de bordes regulares, con dimensiones aproximadas de 28 x 31 x 26 mm, en sus diámetros longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, con un volumen de 12 cc.

#### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Hígado hipotrófico con cambios morfológicos en su parénquima compatibles con cirrosis.
- Vesícula biliar con lito en su interior, presenta paredes engrosadas.
- Ambos riñones morfológicamente conservados.
- Líquido de ascitis en cavidad abdominal. Se cuantifica aprox 223 ml en cavidad pélvica.
- Resto normal.

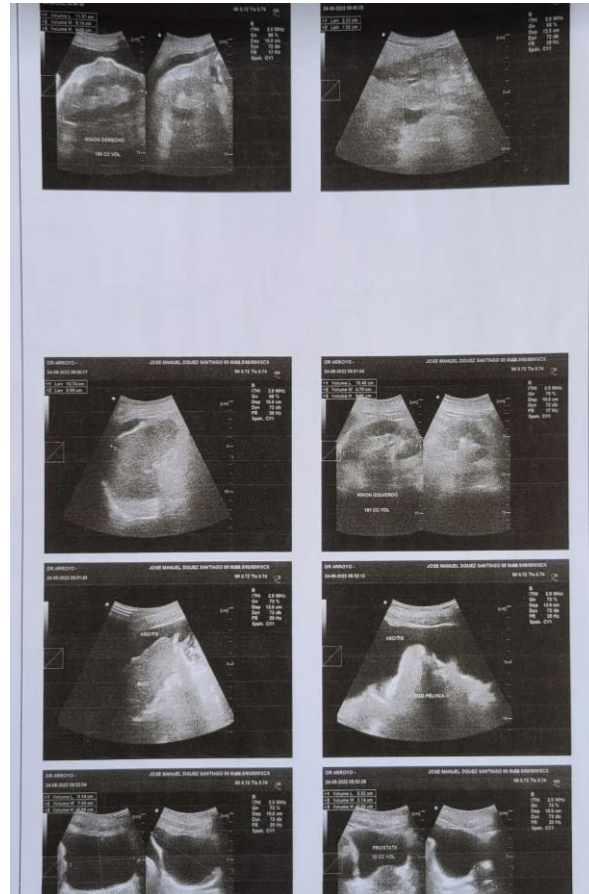
Atentamente,

  
**Dr. Antonio Arroyo González.**  
Médico Ultrasonografista  
Ced. Prof. 09071795



Name: JOSE MANUEL DGUEZ SANTIAGO Age: 65Year Sex: Male  
 Date: 24-08-2022 ID: 672

Ultrasound Image



**CENTRO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL DE MINATITLAN, S. C.**

AV. HIDALGO No. 155 TELS.: 922 223 4448  
 MINATITLAN, VERACRUZ 922 223 5150

DR. JULIAN SALOME SALOME DR. ALBERTO I. MERCADO G.

NOMBRE: SR. JOSE MANUEL DOMINGUEZ SANTIAGO EDAD: 65 A.  
 ESTUDIO: USG. ABDOMINAL FECHA: 04 AGOSTO 2022  
 MEDICO SOLICITANTE: DR. JUAN DE DIOS ALOR CONTRERAS

**COMENTARIO AL ESTUDIO:**

Se realizó rastreo abdominal superior en tiempo real y cortes convencionales, observándose lo siguiente:  
 Se aprecia el área hepática con lóbulo derecho pequeño y lóbulo izquierdo normal, así como vías biliares con situación, calibre y forma normal.  
 La vesícula biliar se aprecia con adecuada distensibilidad, con presencia de adenoma de pared posterior que mide 20 x 20 mm. que no muestra sombra acústica posterior y sin evidencia de litiasis. El colédoco se muestra libre y sus dimensiones fueron 5 mm. La vena porta extrahepática es de 11 mm. El páncreas es normodenso y las dimensiones de este oscilan en 14 y 14 mm. sobre cabeza y cuerpo respectivamente.  
 Los riñones se aprecian ambos con adecuada morfología, así como relación corteza medula respetada.  
 Sugiero descartar proceso de tipo colítico (colon pletórico)

**CONCLUSION: SE APRECIAN DATOS EN RELACION A**

- HIGADO DE TIPO PRECIRROTICO
- VESÍCULA CON ADENOMA DE PARED POSTERIOR
- PANCREÁS ECOGRAFICAMENTE NORMAL
- RIÑONES NORMALES

ATTE.  
 DR. ALBERTO I. MERCADO G.

PACIENTE: JOSE MANUEL DOMINGUEZ SANTIAGO EDAD: 65 AÑOS

**BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA**

	FORMULA ROJA		VALORES DE REFERENCIA	
	RESULTADOS			
HEMOGLOBINA	11.2	gr/dL	11.5 - 16.5	gr/dL
HEMATOCRITO	33.3	%	35.0 - 55.0	%
ERITROCITOS	3,510,000	cel/uL	3,500,000 - 5,500,000	cel/uL
M.C.V	95.0	fL	75.0 - 100.0	fL
M.C.H	32.1	pg	25.0 - 35.0	pg
M.C.H.C	33.8	g/dL	31.0 - 38.0	g/dL
R.D.W-C.V	15.9	%	11.0 a 16.0	%

	FORMULA BLANCA		VALORES DE REFERENCIA	
	RESULTADOS			
LEUCOCITOS	3,000	cel/uL	3,500 - 10,000	cel/uL
LINFOCITOS	36	%	20 a 40	%
MONOCITOS	7	%	2 a 9	%
EOSINOFILOS	1	%	1 a 4	%
BASOFILOS	0	%	0 a 1	%
NEUT. SEG.	56	%	50 a 70	%
NEUT. BANDA	0	%	0 a 5	%
MIELOCITOS	0	%	0 a 0	%
METAMIEL.	0	%	0 a 0	%
BLASTOS	0	%	0 a 0	%

	SERIE PLAQUETARIA		VALORES DE REFERENCIA	
	RESULTADOS			
PLAQUETAS	98,000	cel/uL	130,000 - 400,000	cel/uL
M.P.V	9.7	fL	6.5 - 11.0	fL
PDW	44.5	%	0.1 - 99.9	%
PCT	0.09	%	0.1 - 9.99	%
P-LC	26.6	%	0.1 - 99.9	%

METODOLOGÍA: CITOMETRÍA DE FLUJO, ABSORBANCIA Y TRANSMITANCIA

RESPONSABLE SANITARIO  
 L.C. ZAYRA Yael ESTUDILLO FLORES CÉDULA PROFESIONAL 9187873

PACIENTE: JOSE MANUEL DOMINGUEZ SANTIAGO EDAD: 65 AÑOS

**BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA**

FORMULA ROJA			
	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
HEMOGLOBINA	10.1	gr/dL	11.5 - 16.5 gr/dL
HEMATOCRITO	29.8	%	35.0 - 55.0 %
ERITROCITOS	3,340,000	cel/uL	3,500,000 - 5,500,000 cel/uL
M.C.V	89.0	fL	75.0 - 100.0 fL
M.C.H	30.2	pg	25.0 - 35.0 pg
M.C.H.C	33.9	g/dL	31.0 - 38.0 g/dL
R.D.W-C.V	16.1	%	11.0 a 16.0 %

FORMULA BLANCA			
	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
LEUCOCITOS	4,700	cel/uL	3,500 - 10,000 cel/uL
LINFOCITOS	29	%	20 a 40 %
MONOCITOS	6	%	2 a 9 %
EOSINOFILOS	2	%	1 a 4 %
BASOFILOS	1	%	0 a 1 %
NEUT. SEG.	62	%	50 a 70 %
NEUT. BANDA	0	%	0 a 5 %
MELOCITOS	0	%	0 a 0 %
METAMIEL.	0	%	0 a 0 %
BLASTOS	0	%	0 a 0 %

SERIE PLAQUETARIA			
	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
PLAQUETAS	79,000	cel/uL	130,000 - 400,000 cel/uL
M.P.V	8.1	fL	6.5 - 11.0 fL
PDW	44.0	%	0.1 - 99.9 %
PCT	0.06	%	0.1 - 9.99 %
P-LC	18.7	%	0.1 - 99.9 %

METODOLOGIA: CITOMETRIA DE FLUJO, ABSORBANCIA Y TRANSMITANCIA

RESPONSABLE SANITARIO  
 Q.C. ZAYRA YAEL ESTUDILLO FLORES CÉDULA PROFESIONAL 9187873

Toma de Muestras

**ELECTROLITOS SERICOS**

	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
SODIO (Na)	138.3	mmol/L	135.0 - 148.0 mmol/L
POTASIO (K)	3.91	mmol/L	3.50 - 5.30 mmol/L
CLORO (Cl)	105.3	mmol/L	98.0 - 107.0 mmol/L
CALCIO (Ca)	9.1	mg/dl	8.0 - 10.5 mg/dl
MAGNESIO (Mg)	2.2	mg/dl	1.6 - 2.6 mg/dl

**PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO**

	RESULTADO	RANGO NORMAL
TRANSAMINASAS GLUTÁMICO OXALACÉTICA AST	35.0 U/l	(ADULTOS 5.0 A 45.0) (NIÑOS Y/O BEBES 5.0 A 65.0)
TRANSAMINASAS GLUTÁMICO PIRÚVICA ALT	39.0 U/l	(ADULTOS 10.0 A 40.0) (NIÑOS Y/O BEBES 7.0 A 60.0)
FOSFATASA ALCALINA ALP	96.0 U/l	(ADULTOS 50.0 A 145.0) (NIÑOS Y/O BEBES 50.0 A 800.0)
BILLIRRUBINA TOTAL	1.86 mg/dl	(HASTA : 1.0)
BILLIRRUBINA DIRECTA	0.63 mg/dl	(HASTA : 0.3)
BILLIRRUBINA INDIRECTA	1.23 mg/dl	(HASTA : 0.6)
ALBÚMINA	3.5 g/dl	(3.8 A 5.1)
GLOBULINA	3.4 g/dl	(2.3 A 3.5)
PROTEÍNAS TOTALES	6.9 g/dl	(6.7 A 8.7)
RELACIÓN A/G	1.0:1	(2.0:1)
DESHIDROGENASA LACTICA LDH	157.0 U/l	(100.0 A 220.0)
GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	84.0 U/l	(HOMBRES 5.0 A 50.0) (MUJERES 5.0 A 30.0)

Q.C. FAUSTINO DOMINGUEZ SANTIAGO C.F.D. PROF. 4401383

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
BILIRRUBINA DIRECTA :	0.78 mg/dl.	0.00 a 0.25 mg/dl.
BILIRRUBINA INDIRECTA:	0.59 mg/dl.	0.06 a 0.80 mg/dl.
BILIRRUBINA TOTAL :	1.37 mg/dl.	0.20 a 1.00 mg/dl.

\* CIFRAS VERIFICADAS y CONFIRMADAS.

RESPONSABLE SANITARIO

PACIENTE: JOSE MANUEL DOMINGUEZ SANTIAGO EDAD: 65 AÑOS

**QUIMICA SANGUINEA COMPLETA**

	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	114.2	mg/dL	60 - 100 mg/dL
UREA	59.4	mg/dL	12.8 - 42.8 mg/dL
CREATININA	1.2	mg/dL	0.6 - 1.3 mg/dL
ACIDO URICO	7.69	mg/dL	2.6 - 7.2 mg/dL
COLESTEROL	94.6	mg/dL	0.0 - 200.0 mg/dL
TRIGLICERIDOS	50.5	mg/dL	0.0 - 150.0 mg/dL





PACIENTE: JOSE MANUEL DOMINGUEZ SANTIAGO    EDAD: 65 AÑOS

### QUIMICA SANGUINEA COMPLETA

	RESULTADOS		VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	99.1	mg/dL	60 - 100 mg/dL
UREA	<b>108.0</b>	mg/dL	12.8 - 42.8 mg/dL
CREATININA	<b>2.0</b>	mg/dL	0.6 - 1.3 mg/dL
ACIDO URICO	<b>10.11</b>	mg/dL	2.6 - 7.2 mg/dL
COLESTEROL	107.7	mg/dL	0.0 - 200.0 mg/dL
TRIGLICERIDOS	40.5	mg/dL	0.0 - 150.0 mg/dL

NOTA: RESULTADOS VERIFICADOS

METODOLOGIA: COLORIMETRIA/TURBIDIMETRIA