



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctica del Examen Compresivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
MASCULINO DE 50 AÑOS CON CIRROSIS HEPÁTICA.**

AUTORA:

ÁLAVA MACÍAS HELEN DAYANA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	13
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	13
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS).....	14
2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	14
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .	17
2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO	20
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR ..	20
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	24
2.8 SEGUIMIENTO	24
2.9 OBSERVACIONES	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo lo dedico primero a Dios por brindarme inteligencia cuando he creído que no podía realizar este trabajo, por hacerme saber a mí misma que puedo con esto y más.

A mis padres por apoyarme a lo largo de la carrera, y aconsejarme para lo que sería esta etapa.

A mi novio que siempre me alentó y apoyo cuando yo pensaba que no podía dar un paso más.

Al pequeño y diminuto círculo de amigos y personas especiales que me apoyaron, escucharon y dieron ánimos para no rendirme.

Helen Dayana Alava Macias.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser el pilar fundamental en todo mi proceso, por siempre darme fuerzas para no rendirme.

A mis padres por sus consejos y habladas que son para mi bien y no quedarme atrás.

A mi novio de igual manera por brindarme consejos y ayudarme a entender muchas cosas que pueden pasar en nuestros días cotidianos

A mi pequeño círculo de amigos y personas especiales por siempre brindarnos apoyo y ayudarnos en cualquier cosa.

Helen Dayana Alava Macias.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE MASCULINO DE
50 AÑOS CON CIRROSIS HEPATICA.

RESUMEN

En este presente caso el proceso de atención de enfermería constituye, como pilar fundamental brindar un adecuado cuidado a pacientes con padecimientos de varias patologías. La cirrosis Hepática es una de las consecuencias finales de diferentes enfermedades hepáticas crónicas que conllevan a la pérdida de una estructura normal del hígado y la disminución progresiva de las funciones. Alguna enfermedad que dé inicio a una inflamación crónica del hígado, con el pasar de los años, llegara a producir cirrosis. Muchas causas pueden llevar a crear una cirrosis. Como principales en nuestro entorno son 2: La Hepatitis crónica por el Virus C (cirrosis por Virus C) y el consumo excesivo de alcohol (Cirrosis etílica o alcohólica), Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis B o C.

El desarrollo de este caso clínico se basó en un paciente de sexo masculino de 50 años de edad con diagnóstico médico de cirrosis hepática tomando en estudio las necesidades según los patrones funcionales de Gordon, y los requerimientos taxonómicos NANDA, NOC Y NIC, ya que son quienes nos permiten brindar un correcto cuidado a beneficio del paciente por medio de la realización del PAE.

Palabras Claves: Cirrosis Hepática, Proceso de Atención de Enfermería, Valoración, Intervenciones.

ABSTRACT

In this present case, the nursing care process constitutes, as a fundamental pillar, providing adequate care to patients suffering from various pathologies. Liver cirrhosis is one of the final consequences of different chronic liver diseases that lead to the loss of a normal structure of the liver and the progressive decrease in functions. Some disease that begins a chronic inflammation of the liver, over the years, will produce cirrhosis. Many causes can lead to cirrhosis. As main in our environment are 2: Chronic Hepatitis by Virus C (cirrhosis by Virus C) and excessive alcohol consumption (cirrhosis ethylic or alcohol), It is estimated that 57% of cases of liver cirrhosis and 78% of primary liver cancer cases are due to hepatitis B or C virus infection.

The development of this clinical case was based on a 50-year-old male patient with a medical diagnosis of liver cirrhosis, taking into account the needs according to Gordon's functional patterns, and the NANDA, NOC and NIC taxonomic requirements, since they are who allow us to provide proper care for the benefit of the patient through the completion of the PAE.

Keywords: Liver Cirrhosis, Nursing Care Process, Assessment, Interventions.

INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática se considera a nivel hospitalario como un trastorno anatómico a causa de la presencia de lípidos e infiltraciones. La Organización Mundial de la Salud mantiene 4 criterios fundamentales: 1) por un proceso difuso para excluir lesiones, 2) presencia de necrosis, 3) presencia de regeneración nodular y 4) distorsión en la arquitectura vascular. Criterios que son base al momento del proceso diagnóstico. Esta condición clínica mantiene una evolución persistente que puede desarrollarse por más de 10 años. (García Buey, 2017)

Se puede establecer dentro de dos clasificaciones: Compensada y Descompensada. La primera se muestra de manera asintomática y a segunda trae consigo un número de complicaciones asociadas. En el Ecuador, datos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, reflejan que en los últimos 5 años, este tipo de condición clínica se ubica en las principales causas de muerte, así representando el 5% total de muertes. Teniendo en cuenta cómo se comporta esta enfermedad y la existencia de medidas de cómo prevenirla, el desarrollo de este caso mantiene una gran importancia en el ámbito de salud. (Espinoza, 2017)

El objetivo del estudio de este caso clínico se centra en aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un Paciente Masculino de 50 años con Cirrosis Hepática con el fin de restaurar el cuadro clínico del paciente por medio de un conjunto de procesos que permitirán alcanzar las metas establecidas.

I. MARCO TEORICO

El Hígado

El hígado ocupa primordialmente el cuadrante superior derecho del abdomen, donde se encuentra oculto y protegido por la caja torácica y el diafragma. El hígado normal está situado profundamente a las costillas (7-11) en el lado derecho y cruza la línea media hasta la altura del pezón izquierdo. Como consecuencia, está ocupando la mayor parte del hipocondrio derecho, el epigastrio superior, llega a extenderse al hipocondrio izquierdo. Su posición llega hacia abajo en dirección recta debido a la gravedad. (Poo, 2017)

El hígado tiene múltiples funciones. Es nuestro órgano metabólico más grande, inicia recibiendo todos los nutrientes que son absorbidos, excepto las grasas. También es nuestra glándula con mayor tamaño, que actúa como una glándula intestinal extrínseca productora de bilis. (Tholey, 2021)

El hígado tiene un promedio de peso de 1.500 gramos y es considerado como la glándula más voluminosa del cuerpo humano. Se encuentra dividido en 2 grandes lóbulos derecho e izquierdo, pero en su cara inferior se distingue por sus otros dos lóbulos de menos tamaño (lóbulo caudado y el lóbulo cuadrado). En su totalidad la superficie hepática se encuentra recubierta por una doble membrana fibrosa, el peritoneo visceral y la capsula de Glisson. (Noriega, 2017)

Vascularización.

El hígado cuenta con una doble vascularización, la arteria hepática procedente del tronco celiaco, y la vena porta. La sangre de ambos vasos se mezcla en los sinusoides, la función de aquellos drenan en las venas supra hepáticas, las cuales desembocan en la cava inferior. (Durand, 2017)

El hígado y sus funciones

- ❖ La producción de bilis (transporta los desechos y descompone las grasas en el intestino delgado durante el proceso de digestión)
- ❖ Producción de algunas proteínas para el plasma sanguíneo.
- ❖ La producción de colesterol y proteínas que ayudan a transportar las grasas por el cuerpo humano.
- ❖ Equilibrio y producción de glucosa según sea necesario.
- ❖ Regula los niveles de aminoácidos en la sangre.
- ❖ Conserva de amoníaco tóxico en urea.
- ❖ Regulación de la coagulación sanguínea.

Enfermedades (Hígado)

Existe un gran porcentaje de enfermedades hepáticas tales como:

- ❖ Hepatitis A
- ❖ Hepatitis B
- ❖ Hepatitis C
- ❖ Hígado graso
- ❖ Cirrosis
- ❖ Hemocromatosis
- ❖ Enfermedad de Wilson
- ❖ Cáncer al Hígado

Síntomas.

Las patologías que afectan al hígado conllevan una gran cantidad de indicios, entre ellos encontramos:

- ❖ Hinchazón en piernas.
- ❖ Coloración amarilla en vistas y piel.
- ❖ Aumento o inflamación de abdomen.
- ❖ Alteración en el color de la orina y las heces fecales.

Cirrosis Hepática

Según, (Rodes, 2008) La cirrosis hepática es una de las fases más avanzadas a diferencia o mayoría de las demás enfermedades crónicas en el hígado. La cirrosis consiste en el acumulo masivo de tejido fibroso, primordialmente de la sustancia denominada colágeno. La cirrosis es una de las enfermedades con más dificultad de reversibilidad, ya que puede producir complicaciones clínicas graves, dando así como única solución un trasplante hepático. Las principales consecuencias de la cirrosis hepática son el déficit de las funciones fisiológicas del hígado y el incremento de consistencia del hígado, que afecta con el aumento inmenso de la presión de la sangre que llega a este por la vena porta.

PATOGENESIS

La patogenia en la cirrosis es la fibrosis progresiva a consecuencia del daño hepático y la reorganización de micro arquitectura vascular del hígado.

En un hígado normal o sano, el colágeno intersticial (I Y III) se concentra en los espacios en espacios porta y alrededor de las venas centrales, con algunas bandas que se encuentran hacia el espacio Disse. El colágeno se extiende a los lados de los hepatocitos y compone un delicado entramado de colágeno IV en el espacio de Disse. (Paramo, 2017)

En la cirrosis, el colágeno I y III se deposita en los lóbulos, creando tractos fibrosos, dando forma a nuevos canales vasculares en los tabiques que conectan a las estructuras vasculares en la regio portal con la venas hepáticas terminales.

CAUSAS

Como consecuencia la cirrosis es un daño hepático crónico, debido a varias causas: alcohol, infecciones virales, daño por fármacos, colestasis, enfermedades metabólicas y enfermedades auto inmunitarias. (Gomez, 2017)

Cirrosis por hepática viral: hepatitis B y C son las principales causas de cirrosis. Esta infección se adquiere por transfusión sanguínea, procedimientos médicos quirúrgicos e inyecciones de drogas.

Cirrosis por alcohol: en Ecuador es la causa más frecuente; se considera que la cirrosis puede originarse a los 10 años, aunque no todos los alcohólicos la desarrollan. No se conoce actualmente los mecanismos precisos por los cuales el alcohol ocasiona cirrosis. (Gomez, 2017)

Enfermedades autoinmunes: entre ellas encontramos la hepatitis autoinmune, la colangitis esclerosante primaria (CEP) y la cirrosis biliar primaria (CBP). La HA es la inflamación de crónica del hígado, caracterizada por la presencia de hipergamaglobulinemia.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Los signos y síntomas pueden estar ausentes o no ser específicos en sus primeras etapas. Además, algunas complicaciones se presentan más comúnmente en ciertas enfermedades que provocan la cirrosis: (López, 2017)

Fatiga: es como de la cirrosis, gran cantidad de pacientes desarrollan pérdida de masa muscular, lo que empeora la fatiga.

El prurito (Picazón): es común en pacientes con cirrosis debido a los trastornos del conducto biliar, pero puede ocurrir en cualquier tipo de enfermedad hepática.

El edema: es la retención de cantidades anormales de líquido en el cuerpo, se da a menudo en las piernas. (López, 2017)

Ascitis: retención de cantidades anormales de líquido en el cuerpo dentro de la cavidad abdominal. La ascitis se puede detectar cuando es leve, solo por ultrasonido o una tomografía computarizada. Cuando existen grandes cantidades de ascitis presentes, el líquido restringe la expansión normal del tórax durante la respiración y puede llevar a la falta de aliento.

Sangrado del tubo digestivo: las venas anormalmente dilatadas en pacientes con cirrosis son llamadas varices dentro del aparato digestivo. El lugar más común para que estén presentes es la parte inferior del esófago.

La ictericia: es una decoloración amarilla de la piel y la esclerótica de los ojos. El oscurecimiento de la orina o las heces pálidas se producen a menudo antes de que se presente la decoloración de la piel o la esclerótica de los ojos. (López, 2017)

Encefalopatía hepática: en la cirrosis, la función de la filtración normal del hígado se va deteriorando y la sangre que vuelve de los intestinos no es debidamente desintoxicada de los productos de desecho de la digestión.

EPIDEMIOLOGIA

Se cree que la cirrosis se encuentra detrás de 800.000 muertes anuales en el mundo entero. En Europa y Estados Unidos tiene una prevalencia de alrededor de más de 250 casos anuales por cada 100.000 personas. En Ecuador se han notificado 141 casos confirmados por laboratorios. En los hombres la prevalencia es de dos veces mayor que en mujeres. (Delgado, 2017)

En algunos países de América Latina, como Chile y México, la cirrosis hepática ocupa entre el 5° y 6° lugar como causa de muerte general.

En el 2013 Ecuador publicó a través de INEC, que la cirrosis hepática ocupaba la 7ma causa de mortalidad en nuestro país con cerca de 12,71% como razón de mortalidad. Sin embargo cada año mueren en nuestro país más de 2.000 personas con problemas graves del hígado. La cirrosis en etapa de insuficiencia hepática y otros problemas crónicos del hígado causaron la muerte de 2-314 personas en el país, durante el año 2020. (Delgado, 2017)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico diferentes pruebas complementarias para diagnosticar una cirrosis hepática. (Mendez, 2018)

La **ecografía abdominal** puede demostrar el tamaño, forma, la textura y la rigidez del hígado. La medición de la rigidez no puede mostrar las cicatrices que tiene el hígado. Aunque presenta el 16 % de duda, en un 84% ha resultado eficaz. Este

procedimiento combina un equipo de rayos X para reproducir múltiples imágenes digitales del hígado.

El médico puede realizar las siguientes imágenes:

- ❖ **Imágenes de resonancia magnética (MRI):** este examen utiliza un potente campo magnético, pulsos de radiofrecuencia y computadora, permitiendo la evaluación del daño causado por varias enfermedades del hígado.
- ❖ **Ultrasonido abdominal:** es un tipo de examen por imágenes que utiliza las ondas sonoras para crear imágenes del interior del abdomen y/o pelvis.
- ❖ **Elastografía:** evalúa la dureza de su hígado y ayuda a diagnosticar cuán grave es la cicatrización en el hígado (conocido como fibrosis).
- ❖ **Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM):** tipo especial de examen diseñada para evaluar una parte del hígado y de la vesícula biliar.

La **biometría** es el examen que se utiliza con frecuencia y el más común, se emplean en este tipo de pacientes, porque son encargados de valorar el nivel de triglicéridos, colesterol y la transaminasa que se encuentra en la sangre. (Mendez, 2018)

La **biopsia** puede diagnosticar la cirrosis en cuanto los resultados de otras pruebas son inciertos. La biopsia puede mostrar la causa de la cirrosis. El médico muchas veces puede descubrir alguna patología que no sea cirrosis y este causando daño en el hígado.

TRATAMIENTO

La cirrosis como tal mantiene un déficit de tratamiento médico específico, ya que es irreversible. Podrán tratarse algunas de las enfermedades que producen esta y evitar o retardar su evolución de una cirrosis en estado inicial a las fases avanzadas. (Callejo, 2021)

Tratamiento Farmacológico: se usan, fundamentalmente, los diuréticos para tratar la retención de líquidos y los también llamados beta-bloqueantes para así prevenir las hemorragias digestivas.

Tratamiento dietético: entre los dietéticos se encuentra la reducción de sal, para prevenir la retención de líquidos y las proteínas (carnes, pescados).

El trasplante hepático: el tratamiento definitivo para la cirrosis es el trasplante hepático. Se realiza en los pacientes que se estima una supervivencia menos de dos años, como consecuencia de esta enfermedad, y en aquellos que no existe contraindicación para realizarlo por demás motivos. (Callejo, 2021)

PRONOSTICO

La supervivencia de los pacientes cirróticos compensados, es decir enfermos que nunca han presentado ascitis, hemorragia digestiva o encefalopatía hepática es relativamente prolongada.

La prognosis de los pacientes con cirrosis se los determina por medio de la clasificación Child-Turcotte modificada por Pugh, que comprende parámetros clínicos y de laboratorio que se mencionan en el cuadro 1.

COMPLICACIONES

La evolución que tienen los pacientes con cirrosis avanzada se complica cada vez más con una serie de secuelas importantes, independientemente de la etiología de la hepatopatía subyacente.

Las complicaciones son hipertensión portal (HP). Ascitis, peritonitis bacteriana espontánea (PBE), síndrome hepatorenal (SHR) y encefalopatía hepática (EP).

Ascitis: 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.

Varias teorías argumentan el mecanismo de cómo se producen, una de ellas habla que el trastorno inicial es la retención de líquidos en la circulación asplácnica. Otra teoría propone que el riñón retiene inadecuadamente agua y sodio en ausencia de reducción del volumen. Como tercera teoría es la de vasodilatación arterial periférica: esta sostiene que la retención de sodio es secundaria al llenado arterial insuficiente.

Peritonitis bacteriana espontánea: el líquido de ascitis puede tener concentraciones bajas de albumina, 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 hematológica, tras migrar a través de la pared intestinal de los linfáticos.

Hipertensión portal: se define como la presión venosa portal mayor de 10 mm Hg, o un gradiente de presión de la vena hepática mayor de 5 mm Hg. La patogenia de HP está dada por la relación entre el flujo sanguíneo venoso portal y la resistencia a este flujo sanguíneo dentro del hígado y de los vasos sanguíneos colaterales porto-sistémicos.

Encefalopatía hepática: 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 anormalidades.

Es frecuente y se presenta como un cuadro agudo y reversible, pero en varios pacientes es crónico y progresivo. Se es consciente de que en este síndrome existe la alteración multiorgánica, difusión hepatocelular avanzada y cortocircuitos inter-hepáticos o extra-hepáticos de sangre venosa portal.

Síndrome hepatorenal: complicación grave que presentan varios 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. Esta relacionando con alteraciones hemodinámicas renales y desequilibrio entre prostaglandinas y tromboxanos. La función renal se encuentra íntegra y la biopsia no muestra alteraciones.

PREVENCIÓN

Para reducir el riesgo de padecer cirrosis se debe seguir los siguientes pasos.

No beber alcohol si tienes cirrosis: si una persona tiene la enfermedad hepática, se debe evitar el consumo excesivo del alcohol.

Mantener un peso adecuado y saludable: la cantidad excesiva de grasas en nuestro cuerpo puede causar daños en el estómago.

Mantener una alimentación sana: escoge una dieta que esté basada en vegetales, combinando las frutas y verduras. Reducir en gran cantidad las grasas y comidas rápidas.

Reducir el riesgo de hepatitis: No compartir agujas, no tener relaciones sexuales sin protección ya que esto puede aumentar el riesgo de tener Hepatitis B y C. Colocarse las vacunas adecuadas contra la hepatitis.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Este tema es de gran importancia ya que esta guía se dirige al autocuidado del paciente al que ayudaremos a mejorar su estilo de vida.

La cirrosis hepática es la última consecuencia de muchas enfermedades hepáticas crónicas que conllevan a la pérdida de la estructura normal del hígado y una disminución agresiva de sus funciones.

Epidemiológicamente la cirrosis hepática se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en países occidentales, se puede observar en los servicios de emergencia y hospitalización a pacientes que acuden reiterada veces y también por sus severas complicaciones por consecuencia de esta patología.

Esta guía será de gran utilidad ya que se trata de buscar información que beneficia al paciente y a su entorno familiar, ya que con los datos obtenidos se ayuda a contribuir con oportunidades para mejorar la vida de este y tener distintas alternativas de solución para poder sobrellevar su enfermedad.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería en un paciente masculino de años con Cirrosis Hepática.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el cuadro clínico que presenta el paciente con Cirrosis Hepática.
- Reconocer los factores de riesgo que influyen en la aparición con Cirrosis Hepática.
- Implementar un plan educativo para prevenir complicaciones futuras en el paciente.

1.3 DATOS GENERALES.

Nombres: Julio Manuel

Apellidos: Aristega Cegido

Numero De Historia Clínica: 1203130032

Fecha De Nacimiento: 09/10/1971

Edad: 50 años

Grupo Sanguíneo: B+

Sexo: Masculino

Etnia: Mestizo

Estado Civil: Viudo

Nivel De Estudio: Bachiller

Dirección: Baba

Fecha De Ingreso: 01/02/2022

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

2.1.1 Antecedentes.

Antecedentes Patológicos Personales

Alergias: Paciente refiere no tener ningún tipo de alergia

Hábitos Tóxicos: Paciente indica no tener ningún tipo de hábitos tóxicos desde hace un año.

Enfermedades Crónicas no transmisibles: Diabetes

Antecedentes Quirúrgicos: Familiar indica que paciente tiene a la altura de la extremidad inferior derecha fractura de diáfisis de tibia, por el cual fue referido a Traumatología.

Antecedentes Patológicos Familiares: Paciente indica que su madre es diabética e hipertensiva.

2.1.2 Motivo de Consulta.

Paciente masculino de 50 años de edad, Llega al área de emergencia, por presentar un cuadro de evolución de 24 horas caracterizado por fiebre, dolor abdominal y vómitos en 6 ocasiones. Al momento de ingresar al área de emergencia se le toman los signos vitales, TA: 150/85, FC: 100x', FR: 24x', temperatura: 37.7°C, Saturación: 95%. Paciente al momento consciente,

orientado en tiempo y espacio e inquieto. A la auscultación presenta tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen globoso, con dolor al momento de la palpación en hipocondrio derecho. Ruidos intestinales presentes pero débiles.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)

Paciente masculino de 50 años de edad, es viudo, vive con su hermana y madre. Llega al área de emergencia, por presentar un cuadro de evolución de 24 horas caracterizado por fiebre, dolor abdominal, ictericia, náuseas y vómitos en 6 ocasiones. Al momento de ingresar al área de emergencia se le toman los signos vitales, TA: 150/85, FC: 100x', FR: 24x', temperatura: 37.7°C, Saturación: 95%. Paciente al momento consciente, orientado en tiempo y espacio e inquieto. A la auscultación presenta tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen globoso, con dolor al momento de la palpación en hipocondrio derecho. Ruidos intestinales presentes pero débiles.

Se realiza la valoración correspondiente. Medico indica el ingreso a hospitalización con indicaciones de cuidados generales, prescribe medicación corriente, al momento se encuentra en espera de resultados de laboratorio. Manifestar cualquier novedad presente para tomar las medidas correspondientes.

2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Signos Vitales.

- **Presión arterial:** 150/85
- **Frecuencia cardiaca:** 100x'
- **Frecuencia respiratoria:** 24x'
- **Temperatura:** 37.7°C
- **SpO2:** 95%

Medidas antropométricas:

- **Peso:** 80 kg
- **Talla:** 1.80 m
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** 24.6

Valoración Céfalo Caudal.

Cabeza: Normo cefálico, sin hematomas y sin alteraciones.

Cara: mucosas secas y pálidas.

Ojos: simétricos, movimientos normales, pupilas activas, con agudeza visual normal.

Orejas: agudeza auditiva muy buena, pabellones auriculares sin alteraciones y de tamaño normal, conducto auditivo externo con buena higiene

Nariz: fosas nasales se encuentran simétricas y totalmente permeables.

Boca: cavidad oral se encuentra mucosas secas y pálidas, óptimas para masticar, piezas dentales completas. Labios con signos de deshidratación.

Cuello: flexible, acorde a su biotipo, sin dolores a movimientos de flexión, rotación normal y extensión laterización, no presenta adenopatías, ni resalto laríngeo no se encuentra visible ni palpable Tiroides.

Tórax: Simétrico, de configuración y aspecto normal, presenta ventilación de campos pulmonares adecuada, no presenta adenopatías en región axilar.

Abdomen: Globoso, sigue los movimientos respiratorios, dolor al momento de palpación en hipocondrio derecho.

Genitales: sin alteraciones, no abscesos.

Extremidades Superiores: Brazos y antebrazos de forma y posición normal, no tropismo muscular ni óseo. Manos sin alteraciones en color, tamaño y forma. Dedos sin alteraciones en movimiento pasiva y activa, color, tamaño. Articulaciones sin alteraciones a la altura del hombro, muñecas, codos.

Extremidades Inferiores: alteración en extremidad derecha presenta fractura de diáfisis de tibia. Pie sin alteración en tamaño, forma, color, movimientos. Dedos sin alteraciones.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

1. Patrón Percepción - Manejo de la salud.

El paciente con antecedentes de alcoholismo en su juventud tiene conocimiento sobre su enfermedad actual. Refiere que hace aproximadamente 1 año que no ingiere alcohol, no fuma y no tiene hábitos tóxicos.

2. Patrón Nutricional Metabólico.

Hace aproximadamente 2 días atrás indica pérdida de apetito a lo que refiere tener menos de 2 ingesta de comida al día, ingresa al área de emergencia por presentar fiebre, dolor abdominal y vómitos en 6 ocasiones.

Su piel se encuentra con leve palidez, temperatura corporal de 37.7°C. Índice de masa corporal de 24.6 se encuentra con un peso adecuado. Exámenes de laboratorios indican Hb: 4,8 y Hto: 15%.

3. Patrón Eliminación.

Diuresis espontanea, eliminaciones intestinales presentes.

4. Patrón Actividad – Ejercicio.

Paciente con hábitos sedentarios, no realiza ningún tipo de actividad física por motivo de una fractura en extremidad inferior derecha. Presenta frecuencia cardiaca de 100 latidos por minutos, presión arterial de 150/85 mm/Hg, frecuencia respiratorio de 24 respiraciones por minutos, Saturación de Oxígeno del 95%.

5. Patrón Sueño – Descanso.

Paciente refiere cumplir con 8 horas diarias de sueño. Desde hace 24 horas el dolor no le ha permitido conciliar el sueño de manera efectiva.

6. Patrón Cognitivo – Perceptivo.

Paciente consciente, orientado en tiempo y espacio e inquieto. Reconoce su estado actual de salud. Presenta dolor en el Hipocondrio Derecho

7. Patrón Autopercepción – Autoconcepto.

Se encuentra tranquilo, mantiene su fe intacta, lo cual le ayuda a tener fuerzas, se mantiene optimista ante la situación.

8. Patrón Rol – Relaciones.

Núcleo familiar integrado por sus dos hijos y una hermana. Mantienen una buena relación, por lo que existe el apoyo entre él y sus familiares.

9. Patrón Sexualidad – Reproducción.

Paciente refiere poca actividad sexual. Si emplea métodos de prevención.

10. Patrón Tolerancia al Estrés.

Paciente maneja la situación de manera favorable. Se encuentra predispuesto a seguir toda indicación médica.

11. Patrón Valores y Creencias.

Practica la religión cristiana desde hace un año.

PATRONES ALTERADOS

- ❖ Patrón 2: Nutrición Metabólico
- ❖ Patrón 4: Actividad/Reposo

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
BIOQUIMICA SANGUINEA			
Glucosa	*134.19	mg/dL	70 – 115
Urea	*8.85	mg/dL	12.9 – 42.2
Ácido Úrico	4.89	mg/dL	2.3 – 8.2
Albúminas	*3.25	g/dl	3.5 – 5.5
PCR Cualitativo	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS			
Bilirrubina Total	*1.25	mg/dL	0 – 1.2
Bilirrubina Directa	*0.66	mg/dL	0.1 – 0.4
ENZIMAS			
TGO (AST)	95	U/L	0 – 45
TGP (ALT)	135	U/L	0 – 45
Fosfalasa alcalina	112.7	U/L	Hasta 270 U/L

HEMOSTASIA

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
HEMOSTASIA			
TP - TIEMPO DE PROTOMBINA	19.8	Seg	10.5 – 16.5 seg
TPT – TIEMPOS DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	32.8	Seg	25 – 45 seg
TIEMPO DE COAGULACION	6´44		5 – 10 min/seg

Examen	Resultados	Unidad	Rango Referencial
FISICO			
Color			
Aspecto			
Densidad			
PH			
QUIMICO			

Leucocitos			
Nitritos			
Proteínas			
Glucosa			
Cuerpo Cetónico			
Uroblinógeno			
Bilirrubina			
Sangre			
Hemoglobina			
SEDIMENTO			
Células Epiteliales		X campo	
Piocytes		X campo	
Hematíes		X campo	
Cristales			
Bacterias			
Leucitos		X campo	
Moco			
Cilindros			
Hongos			
Otros			

HEMATOLOGIA

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
HEMATOLOGIA			
FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA	SERIE BLANCA SIN CAMBIOS MORFOLOGICOS SIGNIFICATIVOS, SERIE ROJA SE OBSERVA ANISOCITOSIS Y HIPOCROMIA +++		
Prueba de			

compatibilidad			
GRUPO SANGUINEO			
Grupos Sanguíneo	B		
Factor RH	Positivo		

2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo: Cirrosis.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad del hígado graso no alcohólico y NASH., Enfermedad del hígado graso no alcohólico y NASH en los niños, Hepatitis auto inmunitaria, Hepatitis viral, pericarditis, insuficiencia cardiaca, infiltración neoplásica masiva del hígado y el síndrome de Budd- Chiari.

Diagnóstico definitivo: Cirrosis Hepática

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Por medio de la exploración física que se realizó al paciente al momento de llegar al área de emergencia se identificó dolor abdominal, náuseas, vómitos en 6 ocasiones, hipertermia, hipertenso, medico da un diagnóstico de cirrosis hepática.

Se pide información sobre antecedentes patológicos personales a los familiares, para determinar la causa de la patología que tiene, se logra identificar que tiene malos hábitos (ingiere alcohol), no tiene una buena nutrición, su edad.

NANDA:
NOC:
NIC:

Dominio: 2 Nutrición
Clase: 5 Hidratación
Dx: Exceso de volumen de líquidos

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

R/C: mecanismos de regulación,
comprometidos

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: G Líquidos y Electrolíticos

Etiqueta: 0601 Equilibrio Hídrico

Campo: 2 Fisiológico: Complejo

Etiqueta: G Control de Electrolitos y acido-
básico

Clase: 2080 Manejo de líquidos/electrolíticos

E/P: Alteración de la presión arterial, disminución de la hemoglobina, Disminución del hematocrito, hepatomegalia, reflejo hepatoyugular +

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Presión Arterial			X		X
Ascitis	X			X	
Hematocrito		X		X	
Edema Periférico		X	X		

ACTIVIDADES.

1. Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolíticos.
2. Propornionar la diesta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específicos.
3. Llevar un resgistro preciso de entrada y salidas.
4. Vigilar los signos vitales.
5. Observar si existe perdida de líquidos.

NANDA:
NOC:
NIC:



Dominio: 11 Seguridad/Protección
Clase: 2 Lesión Física
Dx: 00155 Riesgo de Caídas

M
E
T
A
S

R/C: uso de dispositivos de ayuda.

Dominio: 5 Salud Percibida

Clase: V Sintomatología

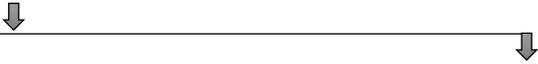
Etiqueta: 2102 Nivel de dolor

Campo: 1 Fisiológico Básico

Etiqueta: E fomento de la comodidad física

Clase: 1400 Manejo del dolor

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S



ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Dolor Referida		X		X	
Frotarse el área afectada	X			X	
Nauseas		X			X
Presión arterial		X			X

- ACTIVIDADES.**
1. Realizar una valoración exhaustiva de dolor que incluya localización, características, aparición, duración, etc.
 2. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 3. Explorar con el paciente los factores que alivia/empeoran el dolor.
 4. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, relajación, musicoterapia, distracción, etc.)

NANDA:
NOC:
NIC:

Dominio: 12 Confort
Clase: 1 Confort físico
Dx: 00132 Dolor agudo

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

R/C: Agentes lesivos biológicos, Agentes lesivos físicos.

E/P: Auto-informe de intensidad de dolor usando escalas estandarizadas, cambio en parámetros fisiológicos, conducta expresiva, expresión facial de dolor.

Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud

Clase: T control de riesgo y seguridad

Etiqueta: 1912 Caídas

Campo: 1 Fisiológico: Básico

Etiqueta: A Control de actividad y ejercicio

Clase: 0221 Terapia de ejercicios; ambulación

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Caídas en bipedestación		X		X	
Caídas caminando		X			X
Caídas mientras se inclina		X			X

ACTIVIDADES.

1. Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
2. Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulacion, si es preciso.
3. Ayudar al paciente en el traslado.
4. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda, para la deambulacion si el paciente tiene inestabilidad.
5. Fomentar la deambulacion independiente dentro de los límites de seguridad.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En el presente caso clínico fundamento mis acciones de enfermería en el modelo de la teorizante Dorothea Orem, debido que su teoría se basa y gira entorno al autocuidado como una necesidad humana en beneficio propio. Como rol de enfermería esta influir en las personas para llegar al loro del autocuidado dependiendo la relación con el binomio salud – enfermedad.

La cirrosis hepática es una de las enfermedades más silenciosas, debido a que su sintomatología da inicio cuando dicha enfermedad está avanzada. Por ello considero que en esta patología el paciente es donde más necesita del autocuidado para asa obtener una mejoría en su estado de salud.

Al paciente se le realiza el respectivo tratamiento farmacológico, durante sus días hospitalizados y la aplicación de intenciones de enfermería mediante el patrón más afectado.

2.8 SEGUIMIENTO

Día 1

Se recibe paciente de sexo masculino de 50 años de esas; en el área de emergencia por presentar un cuadro clínico caracterizado por dolor continuo en el hipocondrio derecho, acompañado de fiebre, ictericia, náuseas y vómitos, al momento con temperatura de 37,7 °C. Se procede al control de signos vitales presión arterial 150/89, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 100 latidos por minutos, temperatura 37,7°C. Se realiza la canalización de vía periférica con catéter N°20, se procede a la administración de medicación prescrita por medico paracetamol 1gr intravenoso, terapia del dolor, furosemida 2gr y se brindas los correctos cuidados de enfermería.

Día 2

Paciente se encuentra en el área de hospitalización, estable con signos vitales de presión arterial 130/80 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 37°C, paciente sigue manifestando que el dolor persiste, medico indica terapia de dolor 20 ml/hora y apoyo nutricional de solución salina al 0,9% de 1000m, se realiza el

balance hídrico el cual da un resultado positivo. Se aplica la interacción como enfermero con el paciente para brindar confianza y así mejorar la calidad de vida y confort en los días de hospitalización.

Día 3

Constantes vitales de paciente se encuentran en parámetros normales, se da consejería y recomendaciones a familiares sobre los cambios posturales cada 2 horas con la finalidad de evitar úlceras por presión, en los resultados de exámenes con respecto en hemoglobina se observa que los niveles van mejorando de a poco, médico prescribe 1gr de metamizol en caso de ser necesario.

Día 4

Paciente cursa su cuarto día en el área de hospitalización, presenta signos vitales normales de presión arterial 120/85 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8°C. No presenta molestias por la noche según refiere su familiar, signo icterico ha comenzado a descender según resultados de exámenes de laboratorio, médico tratante deriva consulta con el nutricionista para llevar a cabo la elaboración del plan de dieta que debe seguir el paciente.

Día 5

Paciente se encuentra tranquilo, no presenta novedad, ni molestias. Al momento su ictericia aún persiste.

Día 6

Paciente de sexo masculino es dado de alta, se le brinda indicaciones mediante el plan que se elaboró con recomendaciones generales enfocado propiamente en él.

PLAN DE ELABORACION DE CUIDADO FUNDAMENTALES

Recomendaciones de Nutrición:

- Beber 2Litros de agua diariamente.
- Aminorar la ingerir alimentos en porciones pequeñas de 5 a 6 veces al día, dividirla (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena).

Cuidado de eliminación:

- Llevar el control del color y características de las deposiciones.
- Llevar el control del color, frecuencia, cantidad y características de la diuresis.
- Realizar ejercicio físico
- Realizar ejercicio físico con intensidad que pueda soportar.
- Realizar caminatas de mínimo 30 minutos.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, a partir de su ingreso permaneció consciente orientado en tiempos, espacio y persona, se observa que en su facie ya no refleja dolor, aunque si persiste la ictericia. El paciente se mostró colaborador y accedía a las recomendaciones que daba el medico de salud.

Se procedió a realizar el procedo de atención de enfermería, con el objetivo brindar un cuidado necesario con este tipo de patología, empleando técnicas y procedimientos a efectuarse con el fin de mejorar su calidad de vida y su confort en los días de estancia en sala de hospitalización.

CONCLUSIONES

- En este estudio de caso clínico de un paciente de 50 años de edad con cirrosis hepática tiene como conclusión que esta patología, se relaciona con pacientes alcohólicos y que además presentan una mala nutrición, es decir llevan un consumo de comidas altas en grasas saturadas.
- Se aplicó el proceso de atención de enfermería en un paciente de 50 años con cirrosis hepática para llevar una mejora en su estilo de vida durante sus días de hospitalización, se logró observar una mejoría en su cuadro clínico como en su cuadro sintomatológico, a comparación de lo que aquejaba el paciente cuando acudió al área de emergencia.
- se realizó una correcta valoración, mediante el control de los signos vitales y cuadro clínico, se logró obtener el diagnóstico de enfermería gracias a la taxonomía utilizando los dominios de Gordon.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Durand, C. (2017). Hígado: Siete Segmentos Hepáticos. *Scielo*, 1522-1530.
Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v34n4/art55.pdf>
- Espinoza, L. (2017). CIRROSIS HEPÁTICA: CORRELACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES DE 35 A 70 AÑOS. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32173>
- Garcia Buey, L. (2017). Cirrosis hepática. . *Med. Programa Form. Médica Contin.*, 625-633.
- Noriega, M. (2017). Fisiología)Humana. *OpenCourseWare)–Universidad)de)Cantabria*. Obtenido de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1767/mod_resource/content/1/Apuntes-2.pdf
- Poo, J. (2017). EL PORTAL EDUCATIVO DE LA SALUD HEPÁTICA. *Amhigo*. Obtenido de <https://amhigo.com/mi-higado/anatomia>
- Rodes, J. (2008). *Libro de Salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundacion BBVA*. Barcelona: Editorial Nerea, S. A.
- Tholey, D. (Enero de 2021). Estructura y función del hígado. *MANUAL MSD* . Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/aproximaci%C3%B3n-al-paciente-con-hepatopat%C3%ADas/estructura-y-funci%C3%B3n-del-h%C3%ADgado>