

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA ATENDIDA EN LA CASA DE REPOSO GERIATRICS PERÚ, SURCO 2022

Para optar el Título de : El Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Autor : Bach. Ana Karina Prada Carrera

Asesor : Mg. Rulli Huamani Raymundo

Línea de investigación de Universidad: Salud y Gestión de la salud

Fecha de inicio y termino: 01 al 30 de junio 2022

Lima – Perú

2023

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi padre celestial por guiarme en este camino tan largo y a la persona más importante de mi vida, que es mi madre, quien me impulsa a seguir adelante.

A mi abuela y a mi tío, que desde el cielo me guían.

Agradecimiento

Agradezco a todos mis maestros de la universidad que me han guiado en este camino, a mi docente asesor que con sabiduría ha direccionado mis conocimientos y a todas las personas que de algún modo colaboraron en la elaboración del presente proyecto.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0016-FCS -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, Que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA ATENDIDA EN LA CASA DE REPOSO GERIATRICS PERÚ, SURCO 2022

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. PRADA CARRERA ANA KARINA**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor (a) : **MG. RULLI HUAMANI RAYMUNDO**

Fue analizado con fecha **16/01/2024** con **65 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **18** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 16 de enero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

Contenido

I. PRESENTACIÓN	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Contenido.....	v
Contenido de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
II. INTRODUCCIÓN	1
2.1. Planteamiento del problema.....	2
2.2. Diagnóstico socio económico y de salud general	5
2.2.1. Diagnóstico socio económico.	5
2.2.2. Diagnóstico de la salud general.	5
2.3. Objetivos.....	6
2.3.1. Objetivo general.....	6
2.3.2. Objetivo específico.	6
III. MARCO TEÓRICO	8
3.1. Antecedentes de la investigación.....	8
3.2. Bases teóricas	12
3.2.1. Definición de la cirrosis.....	12
3.2.2. Etiología de la cirrosis.	13
3.2.3. Epidemiología.....	14
3.2.4. Fisiopatología.....	15
3.2.5. Sintomatología.....	17

3.2.6. Tipos de cirrosis.....	18
3.2.7. Diagnóstico.....	19
3.2.8. Tratamiento.....	20
3.2.9. Complicaciones de la cirrosis.....	23
3.2.10. Proceso de atención en enfermería.....	26
3.2.11. Taxonomías NANDA, NIC y NOC.....	27
IV. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA	30
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	30
4.1. Historia clínica.....	30
4.1.1. Datos de afiliación.....	30
4.1.2. Funciones biológicas.....	30
4.2. Examen clínico general.....	32
4.3. Evaluación integral.....	32
4.4. Diagnóstico y pronóstico	33
V. VALORACIÓN POR DOMINIOS	35
5.1. Formulación del plan de tratamiento general	35
5.2. Plan de control y mantenimiento	36
5.3. Plan de cuidados aplicando NANDA, NOC, NIC.....	38
VI. DISCUSIÓN.....	43
VII. CONCLUSIONES	46
VIII. RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	56

Contenido de tablas

Tabla 1. Indicaciones médicas.....	31
Tabla 2. Control de funciones vitales	32
Tabla 3. Medidas Antropométricas	32
Tabla 4. Examen físico céfalo caudal.....	32
Tabla 5. Hemograma completo	32
Tabla 6. Bioquímica	33
Tabla 7. Análisis de orina.....	33
Tabla 8. Perfil hepático.....	33
Tabla 9. Escala de coma de Glasgow	33
Tabla 10. Valoración por dominio funcionales según taxonomía NANDA.....	35
Tabla 11. Diagnósticos de enfermería	36
Tabla 12. Priorización de diagnósticos de enfermería.....	37
Tabla 13. Exceso de volumen de líquidos	38
Tabla 14. Estreñimiento.....	39
Tabla 15. Confusión crónica.....	40

Resumen

El presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo general elaborar el proceso de atención de enfermería en un paciente de iniciales: P.C.F., de sexo masculino, de 70 años de edad, que se encuentra internada en una residencia de ancianos llamado "Geriatrics Perú" ubicado en Surco presentando un diagnóstico de cirrosis hepática con encefalopatía hepática y estreñimiento. Este trabajo se empleó las fases del proceso de atención en enfermería valoración, diagnóstico, planificación y ejecución y evaluación mediante las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Mediante la valoración se identificaron y se priorizaron 6 diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, tales como: exceso de volumen líquidos, sobrepeso, estreñimiento, confusión crónica, deterioro de la integridad cutánea y riesgo de aspiración. Se concluyó que, la elaboración y aplicación del proceso de atención en enfermería fue beneficioso para las necesidades del paciente; mejorando la calidad de vida en el paciente con ayuda de los cuidados en enfermería y con la intervención de las taxonomías NOC y NIC que contribuyeron a realizar actividades individuales para las necesidades de cada paciente.

PALABRAS CLAVES: Proceso de atención de enfermería, cirrosis, taxonomía NANDA, taxonomía NOC, taxonomía NIC.

Abstract

The general objective of this work on professional sufficiency was to develop the nursing care process in a patient with the initials: P.C.F., male, 70 years old, who is admitted to a nursing home called "Geriatrics Perú" located in Surco presenting a diagnosis of liver cirrhosis with hepatic encephalopathy and constipation. This work used the phases of the nursing care process: assessment, diagnosis, planning and execution and evaluation using the NANDA, NIC and NOC taxonomies. Through the assessment, 6 nursing diagnoses were identified and prioritized according to the NANDA taxonomy, such as: excess fluid volume, overweight, constipation, chronic confusion, deterioration of skin integrity and risk of aspiration. It was concluded that the development and application of the nursing care process was beneficial to the patient's needs; improving the quality of life in the patient with the help of nursing care and that the intervention of the NOC and NIC taxonomies contributed to carrying out individual activities for the needs of each patient.

KEYWORDS: Nursing care process, cirrhosis, NANDA taxonomy, NOC taxonomy, NIC taxonomy.

II. INTRODUCCIÓN

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica del hígado, continuo, limitado e inalterable, de múltiples causas. Es un padecimiento frecuente que se presentan en la mayoría de las personas, se observa más a menudo pasado la juventud y predomina en hombres. Se presenta en dos fases: en la primera fase el paciente permanece asintomático y podría permanecer así durante varios años; y la segunda fase se determina por ser una etapa clínica que progresa rápidamente, manifestada por el aumento de dificultades. (1) En el Perú, es común que las personas padezcan de cirrosis hepática, la cual presenta una tasa de mortalidad del 7% correspondientes a la enfermedad. (2)

Del mismo modo, la interpretación de la cirrosis en su etapa final es representada por la fibrosis hepática, siendo esta un trastorno inflamatorio que destruye la estructura habitual del hígado. La funcionalidad del hígado queda comprometida a un daño hepático prolongado impidiendo su restauración y su correcta operacionalización, de ser así, las complicaciones de la cirrosis podrían derivar a nuevas dolencias como la ascitis o la encefalopatía. (3) La fibrosis hepática es ocasionada por diversas circunstancias, tales como el alcoholizarse, la cirrosis biliar, la hepatitis autoinmune, entre otros; los cuales puede generar una inflamación al hígado tras una excesiva acumulación de grasa. En cuanto a los cuidados de alteración de fibrosis hepática, es necesario impedir la proliferación y la activación de las CEH a través de la prevención y la debida atención de la fibrosis hepática durante el tratamiento. (4)

Por otro lado, el procedimiento de atención del área de enfermería (PAE) en casos clínicos referentes a fibrosis hepática se enfoca en la prevención de posibles complicaciones durante los procedimientos, así como la promoción y conservación de la salud del paciente; asimismo, a través de una rigurosa atención y bajo estándares clínicos en la práctica médica, se realiza la identificación de las intervenciones enfermeras asociadas a

los casos clínicos de fibrosis hepática, con el objetivo de garantizar el bienestar del paciente, permitiendo reducir complicaciones relacionadas como la ictericia, hipertensión portal, varices y hemorragias por su aparición, y deficiencias en el área nutricional. (5)

De la misma manera, el objetivo principal del estudio de caso es aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente que padece cirrosis hepática y que fue atendido en "Geriatrics Perú" en el año 2022, ubicado en Surco. El enfoque de este estudio sigue la siguiente estructura: El Capítulo I introduce la investigación y proporciona una visión general del trabajo, mientras que el Capítulo II aborda con la introducción, planteamiento del problema y ofrece datos relevantes sobre el caso clínico. El Capítulo III se describe el marco teórico del tema en estudio, el Capítulo IV se enfoca en el desarrollo del caso clínico, y el Capítulo V plantea un tratamiento que permitirá prevenir la fibrosis hepática. Los aspectos VI, VII y VIII refieren las discusiones, conclusiones y recomendaciones correspondientes. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos necesarios para respaldar el trabajo de suficiencia profesional.

2.1. Planteamiento del problema

La enfermedad de la cirrosis hepática impacta a una gran cantidad de habitantes a nivel global, y se registran más de 800,000 fallecimientos al año en todo el mundo debido a esta condición; considerada como la principal causante de decesos en países como África, Egipto y Nigeria. (6) Al mismo tiempo, varios estudios demostraron que pacientes con cirrosis tienen una elevada incidencia de insuficiencia adrenal y algunas asociaciones con peores desenlaces clínicos. (7)

Asimismo, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) refiere que México es el segundo país con mayor registro de 29 194 fallecimientos por cada 100 000 habitantes, siendo este reporte registrado entre el 2019 y 2020; además, en

Alemania y Japón, se evidenció un alto porcentaje de muertes por este tipo de enfermedades crónicas relacionada con el hígado o cirrosis. (8)

En el Perú, la cirrosis hepática es un problema de salud pública que afecta a más de 9.48 personas por cada 100 000 habitantes, ocupando el quinto lugar en ocasionar la muerte, enfermedades digestivas y hepatobiliares; siendo la segunda causa de fallecimientos entre las personas con edades de 20 a 64 años. (9) Asimismo, la tasa de mortalidad anual por cirrosis hepática es de 10.45 casos por cada 100 000 habitantes, teniendo una gran cantidad de personas difuntas con cáncer hepático. (10)

Además, las causas principales que conducen a la cirrosis hepática involucra el abuso crónico de alcohol, la infección prolongada de la hepatitis B y la enfermedad hepática grasa no alcohólica. También pueden contribuir a esta afección problemas relacionados con el conducto biliar, factores hereditarios, el uso prolongado de ciertos medicamentos y la alteración en la irrigación sanguínea del hígado, que avanza como consecuencia de un desarrollo progresivo y a menudo silencioso de daño hepático. (11)

En el departamento de Lima se realizó un estudio donde se reportaron 83 casos de cirrosis hepática en personas de género masculino con edad promedio de 68 años, siendo la etiología más común el alcohol (22%); asimismo, el 23% de los pacientes fallecieron en el ingreso a emergencia, el 16% en el transcurso de los tres meses y el 73% en los posteriores meses; el motivo más frecuente con el que ingresaban fue encefalopatía, infección, hemorragia digestiva y ascitis, por lo cual, se realizó en la mayoría de casos un trasplante hepático. (12). También, la cirrosis hepática es considerada como el factor primordial de hospitalización debido a diversas complicaciones, teniendo como único tratamiento el trasplante de hígado; sin embargo, existe una gran necesidad insatisfecha de mantenerla en la etapa compensatoria. (13)

Para el caso específico de la casa de reposo “Geriatrics Perú”, existen casos de cirrosis hepática en el adulto mayor, donde es necesario exponer el siguiente caso clínico: adulto mayor de 70 años, quien fue evaluada el 19 de abril de 2022, con diagnóstico de cirrosis hepática con enteropatía hepática y estreñimiento, puesto que evidenciaba signos y síntomas como: hematomas, edemas y deterioro cognitivo severo. El mismo día su frecuencia cardiaca estuvo en 80 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, presión arterial de 110/70 mmHg; por lo cual, se colocó a la paciente una sonda nasogástrica y pañal.

Asimismo, se han presentado casos de fibrosis hepática, tomando como ejemplo los casos clínicos de la Red Asistencial de Arequipa, en donde se presentaron adultos infectados con hepatitis C (VHC) con estado de fibrosis hepático, teniendo alteraciones y complicaciones por el virus causándoles cirrosis y falla hepáticas, conteniendo una alta mortalidad relacionada a la cirrosis con un índice de supervivencia del 50% en un periodo de 5 años. Este caso es acorde a estadísticas mundiales, ya que aproximadamente 704 000 pacientes han fallecido con complejidades por cirrosis hepática. Del total de pacientes analizados, un 28% presentaba fibrosis hepática avanzada y el 72% había desarrollado cirrosis compensada. Para el tratamiento, en primera línea se buscó combatir la infección por hepatitis C y en segunda medida, se estableció un plan de monitoreo para evaluar las complicaciones próximas y reportar futuras alteraciones médicas. (14)

Finalmente, también se han determinado casos clínicos referentes al parénquima hepático, para este caso se presenta el caso clínico de una mujer de 19 años que recibió atención hospitalaria por un caso de anorexia y complicaciones hepáticas, la cual recibió un procedimiento en anorexia nervosa (AN) teniendo un inicio ideal al proteger el funcionamiento celular y biosíntesis de las moléculas, en consecuencia, presentó una elevación extrema de transaminasas generando una falla hepática por mengua del

parénquima. Para la finalización de los exámenes, la paciente se encontraba en un mal estado, mostrando una palidez, el caso quedó aislado tras el repentino fallecimiento. (15)

2.2. Diagnóstico socio económico y de salud general

2.2.1. Diagnóstico socio económico.

Se trata de una paciente de 70 años, de 80 kg., sexo femenino, de religión católica, con instrucción superior completa y estado civil casada; quien nació en el departamento de Lima, actualmente reside en el distrito de Santiago de Surco, en la provincia y departamento de Lima. Con relación al soporte familiar y presupuesto familiar, no se indicó en la historia clínica del paciente, al mismo tiempo que la información relacionada con la vivienda.

2.2.2. Diagnóstico de la salud general.

La cirrosis hepática es una infección bacteriana que se caracteriza por la aparición de la fibrosis y módulos regenerativos en el hígado, las cuales ocasionan una serie de consecuencias como la hipertensión portal e insuficiencia hepática; asimismo, esta puede tener su aparición tras la variación de amplias enfermedades corónicas, que progresan lentamente en el tiempo y que aparecen tras un proceso infeccioso, autoinmune, vascular o por una dificultad en el metabolismo. (16)

Al mismo tiempo, la mortalidad es elevada en esta patología, siendo considerada como el quinto factor de riesgo de muerte en países como México, Chile y Perú; cabe precisar que el Perú es uno de los países con más tasas de mortandad por dicha enfermedad, siendo 9.48 millones de personas fallecidas por esta afectación en la salud en general, siendo lo más proclives a contra esta enfermedad individuos de 20 a 64 años; también, en provincias como Huancayo y Junín en el año 2020 se han reportado más de 11 casos de personas por cada 100 mil habitantes afectadas por este malestar, siendo la tercera causa de muerte, después de la neumonía y cáncer de estómago. (17)

Asimismo, la enfermedad se asocia con el consumo de alcohol, con afectaciones por el virus de hepatitis B y C, entre otras más; siendo registrado el 10% y 12% casos de agentes etiológicos manifestados en la enfermedad. Además, suele diagnosticarse esta enfermedad como la quinta y séptima afección, siendo predominante en individuos del sexo masculino por consumo de alcohol y en el sexo femenino por enfermedades virales o enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA). (18)

Finalmente, la paciente ingresó a la casa de reposo “Geriatrics Perú” el 19/04/2022 con un cuadro clínico de Cirrosis hepática con enteropatía hepática y estreñimiento. Las enfermeras y personal médico realizan la revisión y encontraron: hematomas, edemas en miembros inferiores, deterioro cognitivo severo y dependencia total en sus actividades cotidianas; por lo cual, se procedió a colocar una sonda nasogástrica y pañal. Asimismo, manifestó una frecuencia cardiaca de 80 lpm, respiratoria de 20 rpm, y una presión arterial de 110/70 mmHg. Frente a lo mencionado y el análisis realizado de enfermería y médicos se consideró un diagnóstico presuntivo de cirrosis hepática.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general.

Elaborar el proceso de atención de enfermería en una paciente con cirrosis hepática atendida en “Geriatrics Perú”, Surco 2022.

2.3.2. Objetivo específico.

- Realizar la valoración de enfermería en una paciente con cirrosis hepática atendida en “Geriatrics Perú”, Surco 2022.
- Identificar y priorizar los diagnósticos de enfermería en una paciente con cirrosis hepática atendida en “Geriatrics Perú”, Surco 2022.
- Realizar un plan de cuidado enfermero individualizado en una paciente con cirrosis hepática atendida en “Geriatrics Perú”, Surco 2022.

- Evaluar el cuidado enfermero en una paciente con cirrosis hepática atendida en “Geriatrics Perú”, Surco 2022.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la investigación

3.1.1. Antecedentes internacionales.

Jaén C., en su caso de investigación en Ecuador en el año 2017, se acercó a un paciente de 67 años de edad, presentando cirrosis hepática y algunos síntomas entre los que se destaca debilidad general y la aparición progresiva de descoordinación motora en lo que respecta a órdenes simples. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC. Se finalizó que, a través de la aplicación de este proceso, se pueden lograr planes de atención individualizados, haciendo que estos pacientes sean más conscientes de su enfermedad. Se determinaron las necesidades reales y potenciales del paciente, mediante la evaluación de los mapas funcionales, obteniendo así las condiciones iniciales adecuadas; de esta manera, se redujeron las complicaciones de la cirrosis. (19)

Conforme D., presentó en Ecuador en el año 2020 un caso clínico, donde tuvo como diagnóstico la cirrosis hepática que presentaba síntomas entre los que se destacan tanto náusea como dolor continuo ubicado en el Hipocondrio derecho con temperatura de 38°C, ascitis grado 2 e ictericia generalizada. Se llevó a cabo la valoración empleando los patrones funcionales de Gordon aunado al uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC; priorizando el estreñimiento (00011) y el riesgo del daño de la función hepática (00178). Se concluyó que, empleando el PAE el paciente experimentó mejoras notables hasta el sexto día, lo que resalta la importancia del proceso de alta hospitalaria y la adecuada planificación de la atención al paciente para potenciar su calidad de vida. (20)

Galarza K., realizó un estudio en Ecuador en el año 2019 a un paciente de 56 años, quien padecía de cirrosis hepática a crónica desde hace 12 años con hipotensión, decaimiento, malestar general, refirió que desde hace 4 meses presentó ictericia, signos de anemia, bajo peso, disminución de la visión, antecedentes de varices esofágicas con procedimiento de

ligadura hace 3 meses. A través del diagnóstico NANDA se priorizaron: el riesgo de la integridad cutánea (00047), riesgo de lesión de caídas (00155), una gran cantidad de volumen de líquidos (00026), debilidad en su movilidad física (00085), ansiedad (00146), y se presentó una gestión ineficaz de la salud (00078), además de las intervenciones de enfermería NIC, NOC. Se concluyó que el rol del área de enfermería es importante en los cuidados de personas con esta enfermedad, puesto que brinda un cuidado directo al paciente para mejorar su salud, promoviendo que se aplique una mejor atención enfocados a las necesidades del paciente con cirrosis hepática, identificando en el estudio de caso los patrones funcionales alterados. (21)

Esteve A., Cortés M., Martín P., Ramírez A., Raga A., Serrano M., tomo el caso clínico llevado a cabo en España en el año 2021, de un paciente con 74 años diagnosticado con cirrosis hepática con signos de alteración en la deposición fecal por tres días, edemas en EEII de una semana de evolución y desorientación nocturna. Se realizó una valoración de enfermería según las necesidades de Virginia Henderson y se emplearon las intervenciones de enfermería vinculados con los diagnósticos NANDA, NIC, NOC, donde se priorizó el riesgo de caídas (00155) y estreñimiento (00011). Se concluyó que, es importante evitar el estreñimiento administrando laxantes orales o enemas rectales en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. (22)

Martín A., ejecutó una intervención quirúrgica en España en el año 2020, a una mujer diagnosticada con cirrosis hepática grave, para realizar la sustitución quirúrgica del órgano dañado por el cambio de un órgano completamente sano, demostrando la importancia de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se utilizó el modelo de Virginia Henderson para la elaboración de plan de cuidados, a través de los resultados de enfermería según NANDA, NOC y NIC. Para el desarrollo de la intervención, se priorizaron siete necesidades según los diagnósticos NANDA: respiración, comer/beber,

eliminación, movimiento, higiene/piel, seguridad y comunicación. En conclusión, el papel de enfermería jugó un importante rol, dado que se detectaron signos de complicación postoperatoria, lo que facultó la prevención de la hemorragia interna y la reducción del riesgo vital del paciente y consecuencias asociadas a la cirrosis hepática. (23)

3.1.2. Antecedentes nacionales.

Melo S., se realizó una investigación en Arequipa en el año 2022 a una paciente que fue sometida a una práctica quirúrgica por daño hepático, cuyo objetivo principal fue realizar la técnica de empaquetamiento y ejercer los cuidados necesarios desde el proceso de atención en enfermería. Se identificó los diagnósticos desde la taxonomía NANDA, permitiendo la valoración apropiada con objetivos NOC e intervenciones NIC, sustentado en la teoría del modelo de enfermería de Dorothea Orem. Tras el diagnóstico descubrió un dolor profundo r/c lesiones por agentes biológicos e/p diaforesis y con expresión notoria de dolor (00132), desesperanza (00124), riesgo de sangrado (00206), patrón respiratorio ineficaz (0032), riesgo de mortalidad gastrointestinal (00197), déficit de autocuidado (00102) y riesgo de perfusión tisular cardíaca r/c hipovolemia (00228). En conclusión, la paciencia y cuidados que tuvo el personal de enfermería fueron esenciales en los casos de intervención quirúrgica por daño hepático, realizando adecuadamente los procedimientos para el beneficio integral de la paciente. (24)

Montes M., desarrollo un estudio en Lima en el año 2019, en un paciente de diagnosticado con cirrosis hepática, shock séptico, fallo renal, presentando síntomas como dolor agudo, pérdida de peso, falta de sueño, cuyo objetivo fue contribuir en la supervivencia del paciente a través del diagnóstico y plan de intervención enfermero. Para la identificación del diagnóstico médico, se utilizó NANDA y se ejecutaron las propuestas planteadas en el diagnóstico médico para el cuidado del paciente según NOC y NIC, en

el cual se encontró el riesgo e desequilibrio electrolítico (00195) y desequilibrio nutricional (00002). En conclusión, se logró aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, priorizando los diagnósticos obtenidos desde los patrones funcionales de Marjory Gordon; del mismo modo, en el objetivo referente a la cirrosis fue alcanzado de forma parcial, mediante la implementación de monitorización de signos vitales, auscultación y aspiración continua, fisioterapia e hidratación. (25)

Puican O., realizó una intervención en Lima en el año 2018, a una paciente del sexo femenino diagnosticada con Esteatosis Hepática Grado III con características clínicas referidas a la obesidad, cuyo objetivo se enfocó en mejorar su salud a través de la teoría del Autocuidado del plan de cuidados de enfermería de Dorotea Orem, que enfatiza las terapias médicas alternativas, la reducción y estimulación de la calidad de vida de la paciente. Se priorizó el diagnóstico de los dominios de enfermería según NANDA, enfatizando los diagnósticos e intervenciones para el adecuado recojo de resultados, promoviendo el tratamiento alternativo a través de NOC y NIC, encontrando un dolor agudo (00132), mantenimiento inefectivo de la salud (00009), desequilibrio nutricional por exceso (00001), estreñimiento (00011), estilo de vida sedentario (00168), ansiedad (00146), insomnio (00095) y afrontamiento familiar comprometido (00074). En conclusión, con la adecuada aplicación de la medicina alternativa la paciente logró mejorar su autocuidado a través de la combinación de ejercicios y alimentos saludables, ayudando a reducir la ansiedad y obesidad. (26)

Benites L., en su estudio en Lima en el año 2020, con a los pacientes con cirrosis hepática, cuyo objetivo es establecer la calidad de vida asociada a la salud en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática. Se usó el método de CVRS (calidad de vida relacionada a la salud) con la encuesta de salud SF-36 y también se reunirá información como: la etiología de la cirrosis, score de CTP, score de MELD, entre otros, mediante una ficha de

recolección. Los componente sumario-física (PCS) y la mental (MCS) fueron 39.9 y 43.4 revelando estado de salud peor que la población de referencia. Se concluyó que la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diagnóstico cirrosis hepática es buena, pero debe tener un plan de cuidado de enfermería. (27)

Mateo N., realizó una investigación en el Callao en el año 2017, con el fin de explicar los cuidados de enfermería, y aplicar la teoría de Dorotea Orem que considera al paciente como un todo para lograr su independencia. En las evaluaciones NANDA se priorizó el déficit de autocuidado de vestido (00109), déficit de autocuidado del baño (00108) y riesgo de infección (00004). Concluyendo que, a partir de la realidad presentada en el hospital y debido a la seriedad de la enfermedad, el paciente depende del cuidado de enfermería, teniendo complicaciones en el hospital, y las enfermeras como profesionales de la salud tienen la obligación y todas las herramientas para mejorar el bienestar del paciente brindando atención personalizada y especializada a cada paciente porque son heterogéneos. (28)

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Definición de la cirrosis.

La cirrosis hepática es el resultado de muchas enfermedades que conducen a la hepatitis crónica, esta inflamación persistente provocando una deformación irreversible de la estructura glandular caracterizada por fibrosis y remodelación de los nódulos, puesto que su desarrollo implica modificar y/o aumentar la producción de colágeno, tejido conectivo y membrana basal. (29) Además, existe una amplia gama de señales que modulan la matriz extracelular, así como también regulan diversas funciones celulares. Por otra parte, el desarrollo de la fibrosis hepática se puede atribuir a tres vías fisiopatológicas distintas: la respuesta inmunitaria, la lesión crónica con formación de cicatriz permanente y la reacción a factores fibróticos. (30)

Al mismo tiempo, la OMS comprende la cirrosis hepática como un proceso difuso caracterizado por fibrosis y transformación de la estructura normal en una disposición nodular anormal, que se presenta en etapas tardía. Desde una perspectiva histológica, esta afección se caracteriza por la pérdida de la arquitectura hepática normal, lo cual se traduce en la presencia de necrosis y la formación de nódulos regenerativos. Estos procesos desencadenan la liberación de citocinas y proteasas. (31)

Asimismo, la activación de los adipocitos es capaz de sintetizar y depositar colágeno, especialmente del tipo I, los cuales activan la capacidad de contraer y ayuda en la forma de distribuir el flujo sanguíneo en el hígado y en la función hepática deteriorada. (32) Del mismo modo, en el ámbito clínico el daño de la función hepática se manifiesta por diversos síntomas que pueden ser reversible. (31)

3.2.2. Etiología de la cirrosis.

Con relación a la etiología de la cirrosis hepática, se ha encontrado que el daño hepático puede deberse a varias causas como: factores infecciosos, virales, tóxicos, autoinmunes, vasculares, genéticos o químicos (31); siendo la hepatitis viral la más difícil de progresar a insuficiencia hepática aguda, por lo que no se asocia con la cirrosis, mientras que el virus de la hepatitis tipo B puede causar enfermedad hepática crónica o cirrosis y en última instancia podría aparecer un carcinoma hepatocelular (32); cabe destacar que el virus de la hepatitis C es un virus ARN que progresa a cirrosis en un 15% de los casos reportados. (29) Por otro lado, el alcoholismo crónico puede desencadenar una respuesta inflamatoria en el organismo aumentando la probabilidad a padecer cáncer de hígado y cirrosis incluso. (31)

Asimismo, el alto consumo de alcohol se asocia a la cirrosis, con una prevalencia superior en la población adulta, catalogando esta enfermedad como cirrosis por ingesta alcohólica, diagnosticada a pacientes con un consumo excesivo de este tipo de bebidas; de la misma

manera, prevalece entre el 20% y el 30% en el rango etario indicado, involucrando consecuencias relacionadas a problemas de obesidad y diabetes, así como reacciones fisiopatológicas como fibrosis, angiogénesis e hipertensión portal en los casos clínicos con factores etiológicos por ingesta excesiva de estupefacientes. (29)

La etiología de la cirrosis mantiene un desarrollo de origen patogénico, considerando causas como la inflamación de la íntima endotelial, estasis y sinusoides, ocasionando un cuadro de isquemia acina; por ello, se coligen alteraciones como atrofia, hiperplasia nodular regenerativa y fibrosis, lo cual genera un impacto a nivel intestinal y a nivel hematológico; por otro lado, se le atribuyen las causas a agentes etiológicos, como la colestasis intrahepáticas y extrahepáticas, obstrucción del flujo de venas suprahepáticas, toxinas y agentes relacionados al tratamiento terapéutico, *bypass* intestinal, infecciones, y la afectación granulomatosa del hígado. (31)

De igual modo, la enfermedad se muestra con mayor frecuencia en pacientes de género femenino diagnosticadas con hiperglobulinemia; las cuales, presentan cambios histológicos como peritonitis y aglutinaciones linfáticas (33); además, a esto se le añade la enfermedad de Wilson, hemoglobinopatías, falta de alfa-1 antitripsina, errores metabólicos como: enfermedad de almacenamiento de glucógeno, tirosinosis sanguínea hereditaria, mucopolisacaridosis e infección por sífilis y esquistosomiasis empleando tetracloruro y dimetilamina. (32)

3.2.3. Epidemiología.

La enfermedad de la cirrosis se considera como la decimocuarta causa de muerte de 800 000 personas en todo el mundo, siendo afectada más de 1,3 millón de individuo; asimismo, en efecto suele ser mayor en hombres que en mujeres, presentándose una tasa de 1.52% de infecciones en personas del sexo masculino. (29) Por otro lado, para el 2021 se registró más de 250 casos anuales de cirrosis por cada 100 000 individuos, siendo de

vital importancia realizar medidas preventivas que salvaguarden la salud de los individuos afectados por esta infección. (31) Cabe destacar que más de 30 000 personas han desarrollado cirrosis en el Reino Unido y al menos 7000 nuevos casos se han reportado de esta enfermedad este año. (32)

Al mismo tiempo, se estima que 71 personas presentan una infección crónica por el virus; desarrollando cirrosis o cáncer de hígado, los cuales suele evidenciarse de manera anual en 399 000 casos de cirrosis y carcinoma hepatocelular; asimismo, frente a esta situación se ha estimado que para el 2030 se disminuya la prevalencia de hepatitis viral como cirrosis hepática. (10)

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud (MINSA) indicó que al 2019 la tasa anual de mortalidad para una población de cada 100 000 habitantes es de 10.45 en casos clínicos de cirrosis hepática; por otra parte, en casos relacionados como el cáncer hepático, posee una tasa bruta de mortalidad de 1 por cada 100 000 habitantes, siendo uno de los casos menos frecuentes presentados; siendo considerado el Perú como un país endémico intermedio, señalando que en ciertas regiones del país cerca del 7% de las defunciones están marcadas por enfermedades hepáticas. (2) Del mismo modo, en consideración a lo mencionado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los factores referentes a la cirrosis hepática en el país son relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas, ya que al 2018 el 92,4% de personas indicó que el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, generó mayor proclividad a enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. (34)

3.2.4. Fisiopatología.

La progresión de la enfermedad hepática crónica hacia la cirrosis es el resultado de una combinación de fenómenos que incluyen la fibrosis, la angiogénesis, el daño directo al

tejido hepático y posiblemente la formación de coágulos o la obstrucción de los vasos sanguíneos. A continuación, se detallarán lo expuesto en párrafos anteriores.

Fibrosis: Se trata de una respuesta de reparación que surge como reacción a la inflamación y a la lesión crónica, la cual está mediada por citoquinas. En este proceso, la matriz extracelular desempeña un papel fundamental, ya que sirve como un sustrato utilizado para contener y mitigar el daño causado por los astrocitos, con aumento de factores de crecimiento de células escamosas circulantes y fibroblastos, entre otros. (29) Este proceso ocasiona alteraciones en la microvasculatura del hígado, las cuales se caracterizan por la remodelación de los sinusoides, la formación de derivaciones intrahepáticas (angiogénesis) y la pérdida de células parenquimatosas, lo que en última instancia resulta en la disfunción del endotelio hepático. (31)

Angiogénesis: Surge de senos preexistentes en áreas de ruptura posnecrótica y sintetiza múltiples citoquinas, metaloproteínas y factores de crecimiento inductores de angiogénesis, particularmente de origen plaquetario. (PDGF), el crecimiento transformante beta (TGF- β 1), de fibroblastos (FGF) y el endotelio vascular (VEGF), tienen funciones propinógenas y proangiogénicas. (29) Por otra parte, se inducen tumores en los tejidos hepáticos debido al incremento de la hipoxia tisular. Esta forma de cómo trabajan se correlacionan directamente con los cambios anatómicos posteriores a la fibrosis periférica con cambios sinusoidales. (31)

Fibrosis e hipertensión portal: Es el resultado más significativo y común de la cirrosis, ya que se origina debido al incremento de la resistencia en los vasos sanguíneos del hígado como resultado de la deformación de su estructura por el tejido fibroso y la formación de nódulos. (29) La anomalía endotelial se manifiesta cuando hay una insuficiente descarga de vasodilatadores, como el óxido nítrico, debido a la disminución en la actividad de la enzima óxido nítrico sintetasa endotelial. Este deterioro es causado por una deficiente

fosforilación oxidativa, la cual depende de la proteína quinasa B, así como la pérdida de compuestos químicos no proteicos necesarios. Además, se ve agravado por el estrés oxidativo y un incremento en la producción de matriz extracelular. Esto conlleva a un incremento en la respuesta vasoconstrictora ante la estimulación adrenérgica, así como a la activación de sistemas como el tromboxano A₂, el sistema aldosterona-renina-angiotensina, la hormona endotelial y la antidiurética. (31) (33)

La vasodilatación es una respuesta adaptativa en la cirrosis hepática que busca contrarrestar el aumento del flujo sanguíneo con enrojecimiento o calor a través de un estado de hiperactividad sistémica. Esta situación, junto con diversos agentes anatómicos, el aumento de la presión en el sistema de vasos, la presencia de flujo sanguíneo adicional y la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), son elementos que contribuyen a la aparición de hemorragias en el tracto gastrointestinal superior debido a la dilatación de las venas. (29)

Otras modificaciones y reestructuraciones en el sistema vascular, como las conexiones anormales entre las venas aferentes y eferentes en la región portal central, muestran patrones aleatorios no regulares que se caracterizan por la contracción de las células perivasculares, como los astrocitos y los fibroblastos. (31) El cortocircuito es un elemento restrictivo en el contexto de que existe una pérdida de la función cerebral, disminuyendo el metabolismo de primera pasada de ciertos fármacos y lo cual restringe la capacidad del sistema retículo-endotelial. (33)

3.2.5. Sintomatología.

El inicio de la cirrosis generalmente puede presentarse con síntomas que son demasiado vagos para ser reconocidos. A menudo, los pacientes sufren varios trastornos digestivos durante muchos años y no se dan cuenta de su enfermedad hasta que aparecen flatulencias, ictericia o sangrado repentino como síntomas diagnósticos. (29) Los principales síntomas

de estos pacientes, que en ocasiones requieren un tratamiento especial en el momento del ingreso, se pueden resumir en: astenia, pérdida de peso, anorexia. (33) (32)

El dolor abdominal, aunque no reviste especial importancia, puede presentarse con cirrosis hepática más o menos grave en la región epigástrica o hepática, especialmente después de las comidas. (29) La fiebre es un síntoma común en la cirrosis, en ocasiones dependiente de infección o enfermedades concomitantes, como un signo de actividad muy común en su forma posterior, y también puede ser la causa de un trastorno metabólico o endocrino debido a un factor hormonal. (32)

3.2.6. Tipos de cirrosis.

La cirrosis muchas veces se presenta como una inflamación intersticial que se presenta en el hígado, la cual puede presentarse de manera crónica y puede ser muy irreversible para la salud de las personas que la padecen. Los tipos de cirrosis que comúnmente se encuentran incluyen la cirrosis etílica, afección por el exceso de grasa en el hígado que no está relacionada al alcohol, cirrosis por inflamación del hígado, cirrosis de origen desconocido (criptogénica), cirrosis biliar primaria, inflamación que provoca cicatrices en los conductos biliares y la cirrosis biliar secundaria. (35)

Al mismo tiempo, estas pueden presentarse en dos fases: **la cirrosis compensada** y **la descompensada**. La primera, caracterizada por ser de carácter asintomático u oligosintomático con la presencia de hipertensión portal, no presenta muchas complicaciones, la persona puede optar por tener una vida ligeramente normal; no obstante, si no se aplica los cuidados necesarios se puede pasar a la etapa descompensada. (29) (35)

Por otra parte, esta lesión hepática crónica llega a ser descompensada cuando se distingue por la aparición de complicaciones como la ascitis, hemorragia por varices, encefalopatía hepática y/o ictericia, todas las cuales pueden resultar en graves problemas para la salud

del paciente. En este contexto, se identifican factores adicionales como la disfunción circulatoria que afecta el buen funcionamiento de los riñones, la posible presencia de hepatocarcinoma y deterioro continuo de la función hepática. Estas complicaciones pueden tener un impacto significativo en la condición médica del paciente. (29)

3.2.7. Diagnóstico.

Aunque el diagnóstico definitivo de cirrosis es una biopsia hepática (seleccionada en etapas tempranas), la presencia de anomalías expuestas por el laboratorio como trombocitopenia, niveles elevados de nitrógeno y bilirrubina, albumina más bajo de lo normal y tiempo de coagulación prolongado proporciona información sobre la función hepática y el daño a órganos diana. El método para identificar la enfermedad y los criterios de gravedad es según el número de órganos afectados, que pueden evaluarse mediante puntuaciones de gravedad como APACHE, SOFA o CLIFF-SOFA. (29) (33)

La evaluación debe llevarse a cabo con un enfoque que tenga como meta evaluar tanto la gravedad de la cirrosis como el pronóstico del paciente en el contexto de la insuficiencia hepática crónica aguda. En este proceso, se emplean diversos puntajes para estimar un pronóstico en pacientes con cirrosis (29). La propuesta inicial ampliamente reconocida fue la Escala *Child-Pugh-Turcotte*, ya que consideraba parámetros fundamentales como la bilirrubina, la presencia de ascitis, la encefalopatía y el estado nutricional del paciente. Sin embargo, a lo largo del tiempo, esta escala ha sido objeto de estudio, revisión y complementación, lo que la ha convertido en una herramienta controvertida para evaluar la gravedad en pacientes con cirrosis. Su evolución ha permitido el desarrollo de investigaciones centradas en comprender este proceso inflamatorio y el daño en los órganos. (33) (31)

El estudio CANONIC fue concebido con el propósito de establecer una definición precisa de la sustancia que daña al hígado de manera crónica y aguda, al mismo tiempo,

identificar a los pacientes con cirrosis que refiere con un elevado riesgo de mortalidad en un periodo de tiempo breve. (29) El riesgo de muerte es mayor en caso de insuficiencia renal. Los factores de riesgo que contribuyen al incremento de la mortalidad en los primeros 28 días se relacionan con la afectación de otros órganos, lo que resalta la importancia de que el profesional de la salud identifique, evalúe y trate estos factores de manera temprana y efectiva, con el objetivo de minimizar su impacto en el pronóstico del paciente. Según este estudio, las condiciones o estilos de vida generan mayor riesgo de presentar una insuficiencia de dos o más órganos, insuficiencia renal (por ejemplo, insuficiencia de un solo órgano) e insuficiencia de un solo órgano (no renal), además de encefalopatía hepática. (33) (31)

Otros estudios e informes han demostrado que los niveles elevados de PCR con leucocitosis generan mayor gravedad y muerte por insuficiencia hepática crónica aguda, por lo que, la puntuación CLIF SOFA modificada parece llamarse CLIF-C, que se caracteriza por el registro de glóbulos blancos y la dependencia de la edad. Este resultado es de $10 \times [0,33 \times \text{CLIF-SOFA} + 0,04 \times \text{edad} + 0,63 \times \ln(\text{leucocitos}) - 2]$. Mortalidad a término en insuficiencia hepática crónica aguda, en comparación con las puntuaciones MELD y MELD-Na. (29)

3.2.8. Tratamiento.

El éxito de los trasplantes hepáticos, junto con los avances en terapias endoscópicas y radiológicas para tratar la hipertensión portal, ha contribuido significativamente a mejorar tanto la longevidad como la calidad de vida de los pacientes con cirrosis. Además, el desarrollo de tratamientos antivirales ha permitido curar a un gran número de pacientes que padecen hepatitis B y C. Para lograr la eliminación de la fibrosis hepática, es esencial abordar la causa subyacente, ya sea de origen viral, metabólico, inducida por medicamentos o de naturaleza autoinmunitaria. (29)

En la actualidad, los tratamientos se centran en la eliminación del virus de la hepatitis mediante terapias que incluyen interferón, ribavirina y lamivudina, aunque también se considera el trasplante hepático como una opción viable, con una tasa de supervivencia del 75% a cinco años. Por otro lado, se ha observado que los lipocitos son objetivos de varias citocinas, las cuales estimulan la liberación de células inflamatorias. Cuando los hepatocitos y otras células hepáticas resultan dañados, activan a los lipocitos. Este mecanismo permite identificar citocinas específicas que podrían ser objeto de terapias dirigidas en el futuro. (35)

En este sentido, la IL-10 (La interleucina-10, también conocida como factor inhibidor de la síntesis de citocinas, con propiedades antiinflamatorias que inhibe la síntesis de citocinas inflamatorias por parte de las células T y los macrófagos) se busca reducir la respuesta inflamatoria, puesto que el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) es un mediador clave en esta respuesta. Las metaloproteinasas (MMP) son enzimas responsables de degradar el colágeno y otras moléculas de la matriz extracelular. Los inhibidores de las metaloproteinasas (TIMP) 1 y 2 se encargan de frenar su actividad en pacientes con fibrosis y cirrosis. Los agentes antiinflamatorios tienen el propósito de inhibir la activación de los lipocitos. En este contexto, los esteroides se han empleado como agentes antiinflamatorios, y los antagonistas del TNF- α se utilizan en otras enfermedades con fines similares. (32)

Es cierto que para tener la capacidad de brindar un tratamiento específico para la causa subyacente de la cirrosis es limitada, puesto que con frecuencia la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas. Por ejemplo, en casos de cirrosis alcohólica, es clave que el paciente suspenda el consumo de alcohol, aunque esto no garantiza la reversión de la cirrosis. La misma situación se presenta en la cirrosis de origen viral. Los efectos de ciertos tratamientos, como transfusiones de sangre en hemoglobinopatías, antivirales en

las primeras etapas de la hepatitis B y C antes de que avance a cirrosis, D-penicilamina para eliminar del organismo el cobre en la enfermedad de Wilson, inmunosupresores en cirrosis autoinmune y el ácido ursodesoxicólico en la cirrosis hepática por la interrupción del flujo de bilis, son limitados y, en otros casos, incluso están contraindicados cuando la cirrosis ya está establecida. La evaluación diagnóstica a través de biopsias también es necesario desempeñando un papel importante en la identificación y manejo de la cirrosis.

(29) Los pacientes hepáticos deben descansar y seguir una dieta:

- Cantidad de proteína animal: 0,5 g/kg de peso.
- Limite de sodio en base a las sales en la orina.
- Limite de la ingesta de agua a 1200 ml/día. Evitar las carencias nutricionales, agregando a su dieta la ingesta de complejos vitamínicos en caso de carencia, especialmente ácido fólico y vitaminas B, C, K. No se requieren fármacos para proteger el hígado. De todos modos, el tratamiento definitivo de la cirrosis es el trasplante hepático.

En la actualidad, los pacientes trasplantados tienen una tasa de supervivencia del 80% en un periodo de 5 años. Sin embargo, en la cirugía los pacientes con cirrosis corren el riesgo de muerte, ya que para el trasplante se realiza la cirugía abdominal. Para situaciones complejas debe reservarse en la que no es efectiva el riesgo de muerte para el paciente.

(35)

Sin duda, es de suma importancia optimizar el tratamiento de estos pacientes orientado a mejorar su estado de salud, ver por su bienestar, previniendo complicaciones graves y a la vez reducir los riesgos asociados al trasplante hepático. Un manejo adecuado que incluya terapias dirigidas a la causa subyacente de la cirrosis, así como estrategias para gestionar las complicaciones, es esencial para brindar una atención de salud integral y efectiva. Esto puede contribuir significativamente a prolongar su vida y mejorar su bienestar general. Actualmente, se buscan nuevas dianas terapéuticas potenciales para

revertir la cirrosis. Sin duda, la excesiva cantidad de información disponible sobre los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el desarrollo de la cirrosis hepática contribuyó a este estudio; en este sentido, se han estudiado infinidad de estrategias terapéuticas para frenar el aumento de la enfermedad de la cirrosis o incluso revertir el proceso de fibrosis, pero lo cierto es que esta ansiada diana terapéutica aún está por descubrirse. (32) (33)

3.2.9. Complicaciones de la cirrosis.

La enfermedad de la cirrosis implica muchos cambios funcionales que dan lugar a procesos crónicos y progresivos que pueden descompensar la enfermedad y determinar muchos casos de hospitalización a medida que avanza. (29) Las complicaciones graves de esta entidad se enumeran a continuación:

- **Várices esofágicas:** con el aumento de la presión aumenta el flujo venoso, lo que da lugar a la formación de várices en zonas de menor grosor de pared; por lo cual, mayormente las estrellas aparecen en el esófago distal (90%). No obstante, los procedimientos tempranos no invasivos, como la ligadura endoscópica, mejoran el control de la mortalidad, esta tasa sigue alrededor del 30% y puede ser la primera muestra de la enfermedad. (29)
- **Ascitis:** esta es la complicación más común con mal pronóstico y daña la calidad de vida, esto debido a que los riñones retienen sodio como respuesta a la vasodilatación en pacientes con hipertensión portal. (29)
- **Sepsis:** los pacientes cirróticos están expuestos a varias infecciones bacterianas, con mayor frecuencia las infecciones del tracto urinario, la peritonitis bacteriana espontánea y la neumonía. Se estima que la sepsis es la causa de muerte en un 25% de los pacientes con cirrosis. (33)

- Peritonitis bacteriana espontánea (PBS): Alrededor del 10% de los pacientes con ascitis desarrollan PBS, que es el segundo foco más común de infección del tracto urinario. Es un signo de enfermedad hepática avanzada y el reconocimiento temprano puede reducir la mortalidad entre un 20 y un 90%. Su etiología es la vasodilatación, cambios en las células endoteliales vasculares intestinales y tránsito intestinal lento, que aumentan la proliferación y distribución de bacterias proinflamatorias, pero el aumento en su producción es débil.
- Epitelio intestinal y prolongación del proceso inflamatorio, respuesta inflamatoria sistémica, exacerbación y compensación. El diagnóstico se basa en el recuento de neutrófilos (más de 250/cc en líquido ascítico). (29)
- Insuficiencia renal: se presenta en pacientes cirróticos con mal pronóstico, con una tasa del 60% en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se cree que su etiología es de naturaleza renal (acidosis tubular) en un tercio de los casos, y los dos tercios restantes son secundarios a insuficiencia renal (de los cuales el 45% mejora con manifestaciones clínicas). (29)
- El síndrome hepatorenal es caracterizada por la insuficiencia renal funcional reversible en pacientes con cirrosis, insuficiencia hepática avanzada e hipertensión portal, en ausencia de shock o insuficiencia renal del parénquima interno. Se clasifica en dos tipos: síndrome hepatorenal tipo 1, el cual se caracteriza por un aumento de la creatinina a 2,5 mg/dL, o por la disminución del 50% de la TFG a 20 cc/min en menos de dos semanas. El tipo 2, la insuficiencia renal produce un nivel sérico superior a 1,5 mg/dL el cual no entra en esta categoría. Todo lo anterior desencadena una cascada de reacciones y procesos neurológicos que, en última instancia, provocan daños en los riñones y los capilares renales. (29)

- **Encefalopatía hepática:** esta enfermedad ocurre en el 30% a 40% de los pacientes, y la tasa de recurrencia es alta. Es un síndrome reversible con una amplia gama de manifestaciones neuropsiquiátricas. Su fisiopatología es compleja y poco conocida, pero se asocia con altas concentraciones de amoníaco y manganeso en la sangre y la presencia de neurotoxinas que causan neuroedema. Este nivel elevado intermitentemente es responsable de la encefalopatía recurrente, que casi siempre es facilitada por procesos infecciosos, ingesta alta de proteínas y hemorragia digestiva alta. (29)
- **Síndrome hepatobiliar:** esto se manifiesta como una expansión significativa del lecho del vaso, lo que provoca cambios en la ventilación. Las características clínicas típicas de la disnea y el síndrome del ornitorrinco ortodoxo (POS) son hipoxemia al estar de pie que mejora en decúbito. El diagnóstico se basa en la tríada clásica de hipoxemia, enfermedad hepática crónica y/o hipertensión portal y vasodilatación pulmonar. Este síndrome de la arteria pulmonar: afecta del 2 al 5% de los pacientes con cirrosis y se caracteriza por la presencia de hipertensión pulmonar, definido como el aumento de la resistencia vascular pulmonar asociado con el incremento de la presión de la vena porta. Gadopote y otros demostraron que la resistencia vascular sistémica está inversamente relacionada con estadios avanzados de cirrosis. (33)

La evidencia reciente sugiere que los pacientes con cirrosis pueden desarrollar una forma subclínica de miocardiopatía caracterizada por fibrosis y aumento de la masa miocárdica. Estos hallazgos pueden conducir a una reducción del llenado ventricular, lo que lleva a disfunción sistólica y diastólica del corazón. Es importante reconocer y comprender esta complicación, ya que puede afectar significativamente la salud cardiovascular en pacientes con cirrosis. (35)

3.2.10. Proceso de atención en enfermería.

El proceso de enfermería es un conjunto planificado de procedimientos que el personal de enfermería realiza en un orden específico basado en modelos y teorías para garantizar que las personas que necesitan atención médica reciba el tratamiento adecuado, es decir, la mejor atención disponible en el departamento de enfermería. (36)

Además, este proceso utiliza un enfoque estructurado y sistemático para la prestación de atención personal, que se considera un enfoque de resolución de problemas basado en la comprensión fundamental de cada persona o grupo, el cual responde de manera diferente a los cambios de salud reales o potenciales, y se clasifica a su vez como una teoría deductiva. (37) El PAE consta de cinco etapas progresivas e interconectadas, que se exponen a continuación. (38)

La **valoración**, es un proceso organizado y metódico que permite obtener la información actual sobre el estado de salud del paciente a través del examen físico, observaciones y entrevistas, donde se identifican posibles problemas o funciones anormales y recursos que la persona necesita afrontar. (39,40)

El **diagnóstico** es considerado como la etiqueta de los síntomas de un paciente según una taxonomía válida en el entorno clínico; implica una preevaluación que permite obtener evidencia y aplicar un proceso de atención según los patrones disfuncionales presentados; en base a esto se realizan intervenciones para alcanzar las metas planteadas durante el proceso. (39,40)

La **planificación** es un conjunto de estrategias de intervenciones de enfermería para prevenir futuras recurrencias de la enfermedad o dificultades en el curso de la enfermedad latente de un paciente. En este apartado, se exponen una serie de pasos como: identificar problemas y prioridades, desarrollar metas de intervención, desarrollar intervenciones de

atención y ejecutar un plan de atención integral que beneficie la salud del paciente.
(39,40)

La **evaluación** se entiende como un proceso de valoración de los resultados de las intervenciones de enfermería, en el que se puede visualizar el bienestar alcanzado por el paciente, lo que refleja la eficacia y eficiencia del cuidado; además, también son visibles las metas trazadas por PAE. (39,40)

3.2.11. Taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Taxonomías NANDA.

Es un medio para nombrar, organizar y clasificar diagnósticos de enfermería al nivel más general de clasificación, y se basa en el modelo de salud funcional de Mayori Gordon. Estos desarrollos denominados dominios, sirvieron de base para la clasificación diagnóstica, dando como resultado a 13 nombres de dominio y dentro de cada dominio clasificaciones más específicas dentro de la categoría respectiva. Utilizando este enfoque de clasificación global, los registros de atención se pueden estandarizar. (19)

La clasificación Internacional II de NANDA Internacional se divide en Dominios, que se dividen en 47 categorías y 235 diagnósticos de enfermería. A continuación, se detallan las áreas que se consideraran en esta evaluación. (41)

- Área 1: Promoción de la salud
- Área 2: Nutrición
- Área 3: Eliminación / intercambio
- Área 4: Actividad / recreación
- Área 5: Percepción / cognición
- Área 6: Autoconfianza
- Área 7: Rol / relaciones
- Área 8: Sexualidad / identidad sexual, función sexual y reproducción.

- Área 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés
- Área 10. Principios importantes
- Área 11. Seguridad / protección
- Área 12. Cómodo
- Área 13. Desarrollo del crecimiento

Taxonomías NIC.

Joan McCluskey y Gloria M. Polichick establecieron el Proyecto de Intervención de Iowa en 1987, que desarrolló la Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC) y se actualiza cada cuatro años. Esta clasificación define las intervenciones de enfermería como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, administrado por un profesional de enfermería que mejora el resultado esperado para el paciente”. Una intervención es una serie de acciones que son específicas del paciente. Tiene tres niveles: dominio, clase e interferencia. A partir de la Conferencia de Oporto de 2014, está disponible la 7ª edición, 7 áreas, 30 capítulos, 565 intervenciones de enfermería y cerca de 13.000 actividades. (41) Todos los niveles, excepto Operaciones son cuantitativos y por lo tanto deben incluir nuevos niveles y elementos tales como: nombres de etiquetas, definiciones, actividades y entradas.

Taxonomías NOC.

Marion Johnson y Meridian Mass, dirigieron un grupo de enfermeras para crear el Proyecto de Resultados de Iowa en 1991, trabajando en la Clasificación de Resultados de Enfermería (CNP). El grupo definió el resultado como “la condición, comportamiento o percepción modificable de un paciente o cuidador en respuesta a intervenciones de enfermería diseñadas con un nivel moderado de abstracción”. Describe la condición del paciente, no el comportamiento del especialista. También se divide en 3 niveles: áreas,

categorías y resultados; este último incluye indicadores e indicadores incluyendo 7 áreas, 32 categorías y 490 resultados. (41) La taxonomía de los NOC consta de:

- Etiqueta: el nombre del resultado
- Definición: el concepto del resultado
- Indicador: el comportamiento, estado o percepciones de individuos, hogares o comunidades utilizados para medir los resultados. Esto se cuantifico mediante una escala Likert de 5 puntos (continuo de menos a más ideal). (41) (19)

Los valores de la escala de Likert son: 1=gravemente involucrado, 2= sustancialmente involucrado, 3= moderadamente involucrado, 4= levemente involucrado y 5= no involucrado.

IV. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Una anciana de 70 años fue internada en una residencia de ancianos llamado “Geriatrics Perú” acompañado de su hijo, la paciente presentó un diagnóstico de cirrosis hepática con encefalopatía hepática y estreñimiento. Con relación a la observación se encontraron hematomas, edemas, deterioro cognitivo severo y presencia sonda nasogástrica y pañal. Respecto a los datos objetivos se evidenció: FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, PA: 110/70 mmHg.

4.1. Historia clínica.

4.1.1. Datos de afiliación.

- **Nombre:** G.F.M.E
- **Edad:** 70 años.
- **Fecha de nacimiento:** 12/01/1952
- **Lugar de nacimiento:** Lima
- **Grado de instrucción:** superior completo
- **Estado civil:** casada
- **Fecha de ingreso:** 19/04/2022
- **Enfermedad:** cirrosis hepática

4.1.2. Funciones biológicas.

Apetito: dificultad para comer.

Orina: amarilla

Deposición: la evacuación es difícil.

Sed: normal

Peso: 80 Kg

4.1.3. Antecedentes.

Historia personal:

Alergias: No.

Transfusiones: No.

Operaciones: No.

Antecedentes patológicos: No.

Antecedentes familiares: No.

Historia médica previa: No.

Hospitalización previa: No.

Alergias: No.

Transfusiones sanguíneas: No.

Diagnóstico médico: cirrosis hepática

Tratamiento:

Tabla 1. *Indicaciones médicas*

Indicaciones médicas	
Dieta licuada sin sal	Hiperproteica con hierro X SNG
Glucerna	2 veces al día
Omeprazol 40 MG	1 vez al día
Rifaximina 550 MG	C/8 h X SNG
Espironolactona 25 MG	C/24 h X SNG (mañana)
Furosemida 40 MG	C/24horas X SNG (mañana)
Lactulosa 30 ML	C/12 horas
Movilización	C/4 h
Cabecera 30°	

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Examen clínico general.

4.2.1. Examen físico.

Tabla 2. *Control de funciones vitales*

Signos vitales	
FC:	80 lpm
FR:	20 rpm
PA	110/70 mmHg
T:	36°

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. *Medidas Antropométricas*

Medidas Antropométricas	
Peso	80 Kg
Talla	1.65 m
IMC	29.4

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. *Examen físico céfalo caudal*

Examen físico céfalo caudal	
Piel	En regular estado de higiene, piel tibia, mucosas hidratadas sin laceración en el coxis, hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores, edema en miembros inferiores.
Cavidad oral	Lengua móvil, dentadura completa en regular estado de higiene, presenta sonda nasogástrica.
Tórax y pulmones	Tórax simétrico sin presencia de ruidos respiratorios anormales.
Cardiovascular	No hipertensión.
Abdomen	Blando depresible a la palpación, no se evidencia masas tumorales.
Genitourinario	Sin lesiones, simétrico, con presencia de pañal.
Sistema Nervioso	Deterioro cognitivo severo, Glasgow 8
Aparato locomotor	Con dependencia total, requiere apoyo del personal de salud para sus actividades cotidianas.

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Evaluación integral

4.3.1. Exámenes auxiliares.

Tabla 5. *Hemograma completo*

Análisis completo	Resultados
Hemoglobina	10.8 g/gl
Hematocrito	33.1 %
Hematíes	3 630 000 UL
Leucocitos	7 660 UL
Eosinófilos	3.3 %
Linfocitos	12.1 %
Plaquetas	182 000 UL

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. *Bioquímica*

Análisis completo	Resultados
Glucosa	135 mg/dl
Triglicéridos	150 mg/dl
Colesterol	180 mg/dl
Creatinina	2.59 mg/dl
Urea sérica	123.4 mg/dl

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. *Análisis de orina*

Análisis completo	Resultados
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.015
PH	5
Otros	No se observa

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. *Perfil hepático*

Análisis completo	Resultados
Bilirrubina	1.05 mg/dl
Albumina	3.54 g/dl
Proteína total	7.1 g/dl
Globulina sérica	3.56 g/dl

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. *Escala de coma de Glasgow*

Tipo de respuesta	Puntuación
Apertura ocular	3 puntos al dolor
Respuesta verbal	2 puntos a sonidos incomprensibles
Respuesta motora	3 puntos a flexión anormal (rigidez de decorticación)
Total	8 puntos en escala de coma de Glasgow

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Diagnóstico y pronóstico

Aspectos generales:

La paciente adulta mayor tiene alrededor de 70 años, y peso 80 kg, presenta encefalopatía hepática, piel tibia, hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores, edemas en extremidades inferiores, estreñimiento, deterioro cognitivo severo con presencia de sonda nasogástrica y pañal. Asimismo, evidenció: FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, PA: 110/70 mmHg.

La ecografía de abdomen completo reveló esteatosis hepática leve, litiasis vesicular, meteorismo abdominal moderado acompañado de síndrome de constipación. La cavidad torácica se encontró sin presencia de ruidos anormales con abdomen depresible a la palpación.

Por otro lado, se evidenció una dependencia total para actividades cotidianas como el aseo, continencia, vestirse, movilizarse y alimentarse.

V. VALORACIÓN POR DOMINIOS

5.1. Formulación del plan de tratamiento general

Tabla 10. Valoración por dominio funcionales según taxonomía NANDA

	Dominios	Datos subjetivos y objetivos
1	Dominio 1: Promoción de la salud.	----
2	Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Clase 5: Hidratación.	La paciente presenta nutrición enteral e hidratación, mucosa hidratada. Peso: 80 kg Talla: 1.65 cm IMC: 29.4 albumina: 3.54 g/dl (sobrepeso) Además, se evidencia edemas en miembros inferiores.
3	Dominio 3: Eliminación Clase 2: Función gastrointestinal.	La paciente presenta una orina de color amarillenta, turbia con una densidad 1.015 con un PH 5. Presenta con 3 días sin defecar y utiliza pañal.
4	Dominio 4: Actividad / reposo	-----
5	Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición	De acuerdo con la Escala Glasgow Coma Scale (GCS), presenta alteración progresiva de la función cognitiva ocular, verbal y motora de 8 puntos. Es así que, la paciente presenta desorientación del tiempo, espacio y persona; deterioro cognitivo severo.
6	Dominio 6: Auto percepción	-----
7	Dominio 7: Rol / relaciones	-----
8	Dominio 8: Sexualidad	-----
9	Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés	-----
10	Dominio 10: Principios vitales	La paciente profesa una religión católica.
11	Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física.	Paciente presenta temperatura corporal de 36° C y sonda nasogástrica permeable para nutrición enteral. Presenta hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores.
12	Dominio 12: Confort	-----

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Plan de control y mantenimiento

Tabla 11. *Diagnósticos de enfermería*

	Diagnósticos potenciales	Valoración
1	Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación. Código: 00026 Exceso de volumen de líquidos.	Presenta edemas en ambos miembros inferiores.
2	Dominio 2: Nutrición. Clase 2: Ingestión. Código: 00233 Sobrepeso.	El paciente mide 1.65 cm de estatura, pero presenta un peso de 80 kg y IMC: 29.4
3	Dominio 3: Eliminación. Clase 2: Función gastrointestinal. Código: 00011 Estreñimiento.	Presenta dificultad para evacuar, con 3 días sin realizar deposiciones.
4	Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición Código: 00129 Confusión crónica	Evidencia un deterioro cognitivo severo, no se encuentra LOTEPE. Alteración cognitiva de 8 puntos en la escala Glasgow.
5	Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física. Código: 00046 Deterioro de la integridad cutánea.	El paciente presenta hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores.
6	Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física. Código: 00039 Riesgo de aspiración.	Paciente presenta sonda nasogástrica permeable para nutrición enteral e hidratación.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. *Priorización de diagnósticos de enfermería*

	Diagnósticos	Priorización
1	Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores E/P edemas en ambos miembros inferiores.	Prioridad alta
2	Sobrepeso R/C Comportamiento sedentario E/P Talla: 1.65 cm de estatura, peso de 80 kg y IMC: 29.4	Prioridad media
3	Estreñimiento R/C disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal E/P dificultad para evacuar, con 3 días sin realizar deposiciones.	Prioridad alta
4	Confusión crónica R/C el déficit de las operaciones y actividades cognitivas E/P Deterioro cognitivo severo. 8 puntos en la escala de valoración coma de Glasgow.	Prioridad alta
5	Deterioro de la integridad cutánea. R/C Humedad, inmovilización física y cambios en la turgencia de la piel. E/P Hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores.	Prioridad alta
6	Riesgo de aspiración. R/C Alimentación e hidratación por sonda nasogástrica	Prioridad alta

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Plan de cuidados aplicando NANDA, NOC, NIC.

Tabla 13. Exceso de volumen de líquidos

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO EVALUACIÓN CIENTÍFICO	
Datos objetivos: Edemas en ambos miembros inferiores	ETIQUETA: Exceso de volumen de líquidos. FACTOR RELACIONADO: compromiso de los mecanismos reguladores CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: edemas en ambos miembros inferiores. Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación Código: 00026	PRIORIDAD Alta	La paciente mejora evidentemente el exceso de líquidos con apoyo del personal de enfermería durante su turno. DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Líquidos y electrolitos (G) CÓDIGO: (0603)	PUNTUACIÓN DIANA Mantener: 3 Aumentar: 4-		Interdependiente Manejo de líquidos / electrolitos (2080) • Administración de diuréticos • Controlar los valores de albumina, proteínas, osmolalidad sérica y gravedad en la orina. • Vigilar el estado de hidratación de la piel y membranas.	Manejo de la hipervolemia (4170) • Realizar cambios de postura al paciente con miembros inferiores declives. • Vigilar la integridad cutánea del paciente con movilidad comprometida • Evitar la fricción y humedad excesiva en zonas declives. • Evitar el uso de líquidos hipotónicos.	El Manejo de líquidos / electrolitos es una intervención que ayuda a la expulsión del exceso de líquidos mediante la orina con diuréticos, además, los exámenes de orina permiten controlar los valores anormales. Mientras que el manejo de hipervolemia contribuye a la disminución de líquido extra e intracelular.
		INDICADOR (060305) Edema de piernas.	ESCALA 1 Gravemente comprometido. 2 Substantialmente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido 5 No comprometido.	TOTAL 3	TOTAL 4			

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Estreñimiento

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO/EVALUACIÓN CIENTÍFICO																							
Datos subjetivos: Presenta dificultad para evacuar, con 3 días sin realizar deposiciones.	ETIQUETA: Estreñimiento FACTOR RELACIONADO: Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Presenta dificultad para evacuar, con 3 días sin realizar deposiciones. Dominio 3: Eliminación Clase 2: Función gastrointestinal Código: 00011	PRIORIDAD Alta	Independiente	El manejo del estreñimiento/ impacto fecal es una intervención de enfermería que brinda al paciente una ayuda para deshacer las heces en el recto contribuyendo a su evacuación. La paciente logró realizar deposiciones diarias, demostrando la eliminación progresiva del estreñimiento.																							
		La paciente puede hacer deposiciones diarias con el apoyo del personal de enfermería durante su turno.	Manejo del estreñimiento/ impacto fecal (0450) <ul style="list-style-type: none"> • Se controló signos vitales. • Se vigiló la aparición de signos estreñimiento. • Se realizó la administración de lactulosa como tratamiento farmacológico. • Se educó a la familia sobre la etiología del problema. • Se identificó los factores que pueden causar el estreñimiento. • Se movilizó a la paciente cada 4 horas. 																								
		DOMINIO: Salud fisiológica (II). CLASE: Eliminación. (F) CÓDIGO: 0501	PUNTUACIÓN DIANA <table border="1"> <tr> <td>Mantener:</td> <td>Aumentar:</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	Mantener:	Aumentar:	3	5																				
Mantener:	Aumentar:																										
3	5																										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(050110)</td> <td>Estreñimiento.</td> <td>1.Gravemente comprometido.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(050121)</td> <td>Ayuda para la eliminación.</td> <td>2.Substancialmente comprometido</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(050101)</td> <td>Patrón de eliminación.</td> <td>3.Moderadamente comprometido</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4.Levemente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5.No comprometido.</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL	(050110)	Estreñimiento.	1.Gravemente comprometido.		(050121)	Ayuda para la eliminación.	2.Substancialmente comprometido		(050101)	Patrón de eliminación.	3.Moderadamente comprometido				4.Levemente comprometido	3			5.No comprometido.	5	
INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL																								
(050110)	Estreñimiento.	1.Gravemente comprometido.																									
(050121)	Ayuda para la eliminación.	2.Substancialmente comprometido																									
(050101)	Patrón de eliminación.	3.Moderadamente comprometido																									
		4.Levemente comprometido	3																								
		5.No comprometido.	5																								

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Confusión crónica

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN																					
Datos objetivos: Desorientación en el tiempo, espacio y persona. 8 puntos en la escala de valoración coma de Glasgow.	ETIQUETA: Confusión crónica FACTOR RELACIONADO: Encefalopatía hepática y Demencia CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Deterioro cognitivo severo. 8 puntos en la escala de valoración coma de Glasgow. Dominio 5: Percepción / cognición Clase 4: Cognición Código: 00129	La paciente mejora su capacidad para ejecutar los procesos mentales con apoyo del personal de enfermería durante su turno.	Interdependiente	El manejo de la demencia es una intervención de enfermería que ayuda a establecer una comunicación verbal y no verbal eficaz, mediante un tono de voz claro, lenguaje sencillo y frases cortas que expresen empatía, para crear un ambiente seguro y tranquilo con actividades adaptadas a sus conocimientos que contribuyan a conservar las capacidades que tiene el paciente.	La paciente logra una pequeña mejoría, no obstante, los procesos cognitivos se encuentran moderadamente comprometidos.																					
		PRIORIDAD Alta	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (J) CÓDIGO: (0900)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PUNTUACIÓN DIANA</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>Mantener:</th> <th>Mantener:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td rowspan="5">2</td> <td rowspan="5">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INDICADOR</td> </tr> <tr> <td>(090003 /</td> <td>1 Gravemente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>090004 /</td> <td>2 Substantialmente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>090005 /</td> <td>3 Moderadamente comprometido.</td> </tr> <tr> <td>090009)</td> <td>4 Levemente comprometido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 No comprometido.</td> </tr> </tbody> </table>	PUNTUACIÓN DIANA		TOTAL	TOTAL	Mantener:	Mantener:	2	3	2	3	INDICADOR		(090003 /	1 Gravemente comprometido.	090004 /	2 Substantialmente comprometido.	090005 /	3 Moderadamente comprometido.	090009)	4 Levemente comprometido		5 No comprometido.
PUNTUACIÓN DIANA		TOTAL	TOTAL																							
Mantener:	Mantener:																									
2	3	2	3																							
INDICADOR																										
(090003 /	1 Gravemente comprometido.																									
090004 /	2 Substantialmente comprometido.																									
090005 /	3 Moderadamente comprometido.																									
090009)	4 Levemente comprometido																									
	5 No comprometido.																									

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. Deterioro de la integridad cutánea

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN							
Datos objetivos: Hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores.	<p>ETIQUETA: Deterioro de la Integridad Cutánea</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Humedad, inmovilización física y cambios en la turgencia de la piel.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Hematomas en ambas extremidades inferiores y superiores.</p> <p>Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física. Código: 00046</p>	<p>PRIORIDAD Alta</p> <p>La paciente logra mejorar su indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel</p>	Interdependiente	Los cuidados del paciente encamado contribuyen en la reducción del incremento de hematomas o deterioro de la integridad cutánea, asimismo la vigilancia de la piel permite prevenir un mayor daño en la piel del paciente y facilita el monitoreo de la piel.	El paciente logró una mejoría en el cuidado de la integridad cutánea, evidenciando que se encuentra levemente comprometido.							
		<p>DOMINIO: Salud fisiológica (II)</p> <p>CLASE: Integridad tisular (L)</p> <p>CÓDIGO: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(110113 / 110115 / 110117)</td> <td>1 Grave 2 Substantial-mente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido 5 No comprometido.</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL	(110113 / 110115 / 110117)	1 Grave 2 Substantial-mente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido 5 No comprometido.	2	4	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener: 2 Mantener: 4</p>	<p>Cuidados del paciente encamado (740)</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente sobre la cama. Emplear una alineación corporal adecuada. No utilizar ropa con texturas ásperas. Cambiar al paciente de posición.
INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL									
(110113 / 110115 / 110117)	1 Grave 2 Substantial-mente comprometido. 3 Moderadamente comprometido. 4 Levemente comprometido 5 No comprometido.	2	4									

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17. *Riesgo de aspiración*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN	
		PRIORIDAD La paciente mejora su capacidad para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones	Interdependiente		Las precauciones permiten prevenir un riesgo de aspiración, puesto que las acciones buscan comprobar o verificar la alimentación adecuada. Además, la alimentación enteral por sonda brinda cuidados para verificar la ubicación de la sonda y posición del paciente durante y después de la alimentación.	El paciente logró mejorar su capacidad para evitar el paso de residuos o partículas sólidas hacia los pulmones, a partir de los cuidados del personal de enfermería.	
		Alta	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV)	PUNTUACIÓN DIANA Mantener: 2	Mantener: 4	Precauciones para evitar la aspiración (3200)	Alimentación enteral por sonda (1056)
Datos objetivos: Alimentación e hidratación por sonda nasogástrica	ETIQUETA: Riesgo de aspiración FACTOR RELACIONADO: Alimentación e hidratación por sonda nasogástrica	CLASE: Control del riesgo y seguridad (T)		CÓDIGO: (1918) Prevención de la aspiración		<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la colocación de la sonda. • Impedir la alimentación cuando los residuos son abundantes. • La alimentación en cantidades ligeras. • Verificar los residuos nasogástricos antes de la alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si la colocación de la sonda es adecuada (comprobar la existencia de residuos durante la inyección y extracción del aire). • Elevar el cabecero (30° a 45°). • Esperar 30 a 60 minutos al finalizar la alimentación.
		INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL		
	Dominio 11: Seguridad / protección Clase 2: Lesión física. Código: 00039	(191803 / 191805 / 191810)	1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentement e demostrado 5 Siempre demostrado	2	4		

Fuente: Elaboración propia.

VI. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue aplicar el proceso de enfermería a una paciente con cirrosis hepática atendida en la casa de reposo “Geriatrics Perú”, Surco 2022. Para esta finalidad, se emplearon las fases del proceso de atención en enfermería valoración, diagnóstico, planificación y ejecución y evaluación mediante las taxonomías NANDA, NIC y NOC, esto permitió mejorar la calidad de atención en el paciente; por ende, la mejora evidentemente de su salud. Lo cual, coincidió con el estudio de **Puican O.**, donde su investigación muestra que la planificación de la atención mejora el bienestar y el autocuidado del paciente. (26)

De acuerdo con el primer objetivo, se identificaron seis dominios alterados en el paciente durante la evaluación de enfermería: Dominio 2: Nutrición, Dominio 3: Eliminación, Dominio 5: Percepción / cognición y Dominio 11: Seguridad / protección.

Estos resultados concuerdan con lo reportado por Jaén C., quien presentó el caso de un paciente de 67 años de edad, con cirrosis hepática y alteraciones en los dominios Dominio 3: Eliminación y Dominio 2: Nutrición, considerando en la planificación de enfermería actividades que brindaron una atención adecuada al paciente con evidentes mejoras favorables para el caso. (19) Además, con el plan de cuidados por **Galarza K.**, que se enfocó en los siguientes dominios alterados: Dominio 2: Nutrición y Dominio 11: Seguridad / protección. (21)

Respecto al segundo objetivo se apreció la identificación y priorización de los siguientes diagnósticos: exceso de líquido (00026), sobrepeso (00233), alteración de la interpretación (000127), estreñimiento (00011), confusión crónica (00129), integridad cutánea reducida (0046) y riesgo de aspiración (00039). Resultados que concuerdan en dos diagnósticos lo expuesto por Conforme D., quien presentó un caso de paciente con cirrosis hepática diagnosticado con exceso de volumen de líquidos (00026) y dolor

crónico (00133), lo cual permite evidenciar los diagnósticos establecidos dependen de la singularidad del paciente; asimismo, coincide con Montes M. cuyo paciente presentó alteraciones en el riesgo e desequilibrio electrolítico (00195) y desequilibrio nutricional (00002); de igual manera con, Puican O., quien evaluó a un paciente con alteraciones en mantenimiento inefectivo de la salud (00009), desequilibrio nutricional por exceso (00001), estreñimiento (00011), estilo de vida sedentario (00168), ansiedad (00146) y afrontamiento familiar comprometido (00074). Por ende, la aplicación del PAE tiene que asociarse con el caso presentado; por tanto, este caso evidenció la correcta aplicación del PAE y permitió establecer una evolución favorable mejoría en el sexto día, determinando que la atención enfermera logre mejorar la calidad de vida del paciente.

Con relación al tercer objetivo en la planificación de cuidados de enfermería, se priorizaron según la afectación del paciente los siguientes cuidados: terapia de líquidos /electrolitos (2080), terapia de la hipervolemia (4170), terapia para el estreñimiento/ impacto fecal (0450), manejo de la demencia (6460), estimulación cognoscitiva (4720), apoyo emocional (6460), orientación de la realidad (4820), cuidados del paciente encamado (740), vigilancia de la piel (3590), precauciones para evitar la aspiración (3200) y la alimentación por sonda enteral (1056). Resultados que concuerdan con lo expuesto por Esteve A., Cortés M., Martín P., Ramírez A., Raga A., Serrano M., quienes desarrollaron un plan de cuidados basados en el manejo ambiental de seguridad (6486), identificación de riesgos (6610) y manejo del estreñimiento: impactación (0450); demostrando que los cuidados de enfermería previenen el desarrollo de factores predisponentes en la salud del paciente; del mismo modo que es importante que los pacientes diagnosticados de cirrosis eviten el estreñimiento mediante el uso de laxantes orales o enemas rectales. (22) Asimismo, coinciden con el caso desarrollado por

Conforme D., quién seleccionó las siguientes acciones basadas en la taxonomía NIC: manejo de líquidos/electrolitos (2080) y administración de analgésico (2210), con la finalidad de mejorar el estado del paciente. (20)

Respecto al cuarto objetivo, al evaluar el cuidado enfermero en un paciente con cirrosis hepática, se encontró que la salud de la paciente mejoró significativamente con el apoyo del personal de enfermería durante su turno; asimismo, logró reducir el exceso de volumen de líquidos, hacer deposiciones diarias, tener una nutrición y administración de medicamentos a través de la sonda de alimentación con el apoyo del personal de enfermería. Estos resultados concuerdan con un informe de Jaén C., quien demostró en una evaluación de enfermeras que el cuidado personal puede reducir los síntomas relacionados con la enfermedad de los pacientes.

VII. CONCLUSIONES

- Al momento de la evaluación de enfermería, se logró cumplir los objetivos planteados en el estudio, evidenciándose la mejora de la calidad de vida en la paciente con ayuda de los cuidados de enfermería.
- Según la valoración de enfermería se concluye que, la paciente presentaba seis dominios alterados: Dominio 2: Nutrición, Dominio 3: Eliminación, Dominio 5: Percepción / cognición y Dominio 11: Seguridad / protección.
- Según la identificación y priorización de los diagnósticos de enfermería, donde se encontraron prioridades altas como: exceso de líquidos (00026), deterioro de la interpretación (000127), estreñimiento (00011), confusión crónica (00129), deterioro de la integridad cutánea (0046) y riesgo de aspiración (00039). las cuales permitieron planificar los cuidados de enfermería con la finalidad de mitigar y mejorar la salud del paciente y evitar posibles complicaciones.
- Según la planificación de intervenciones de enfermería (NIC), se priorizaron los siguientes cuidados: manejo de líquidos /electrolitos (2080), manejo de la hipervolemia (4170), manejo del estreñimiento/ impacto fecal (0450), tratamiento de la demencia (6460), estimulación cognitiva (4720), apoyo emocional (6460), orientación a la realidad (4820), atención al paciente en cama (740), monitoreo de la piel (3590), precauciones que debe evitarse (3200) y alimentación por sonda enteral (1056).
- Según la evaluación se concluye que los cuidados de enfermería brindados ayudaron a la paciente a mejorar su estado de salud; haciendo hincapié en que la intervención según las taxonomías NOC Y NIC contribuyen a realizar actividades individuales para las necesidades de cada paciente.

VIII. RECOMENDACIONES

- Al centro de reposo se le sugiere implementar las guías de atención de enfermería actualizada con el fin de seguir los protocolos de atención y realizar las intervenciones según las singularidades de los pacientes de manera continua y ordenada.
- Al personal de enfermería se le sugiere implantar las taxonomías NANDA en la valoración del estado de salud del paciente con la finalidad de identificar problemas potenciales y priorizarlos para atenderlos de manera inmediata, evitando posibles complicaciones.
- Al personal de enfermería se le sugiere tomar en consideración las actividades según las taxonomías NIC con la finalidad de realizar acciones que ayuden a mejorar substancialmente el estado de salud del paciente, manteniendo su estado de salud y condiciones de vida en parámetros adecuados.
- Se recomienda al personal de enfermería que evalúe periódicamente el estado de salud del paciente para implementar estrategias que ayuden a mejorar y controlar su salud el desarrollo de intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara Moreira DN. Cirrosis hepática causas y complicaciones en mayores de 40 años de edad. RECIAMUC [En línea]. 2021. 5(1) Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/593>
2. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín epidemiológico del Perú; 2019 [citado 2022 junio 15]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/25.pdf>
3. Aceves-Martins M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Nutrición Hospitalaria. 2014; 29(2).
4. Wang FD, Zhou J, Chen EQ. Molecular Mechanisms and Potential New Therapeutic Drugs for Liver Fibrosis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022.
5. Escobar F, Gobbo A, Dos Santos P, Fogaca A, Atila E, Campos E. Identificación de intervenciones de enfermería asociadas a la acurácia de los diagnósticos de enfermería para pacientes con cirrosis hepática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017; 25(1): p. 1-9.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). El impacto de la cirrosis hepática en el mundo. [En línea].; 2020 [citado 2022 junio 15]. Disponible en: <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/muertes-cirrosis-hepatica-mundo/>.
7. Luna F, Castellanos J. Estado crítico de cirrosis hepática como predictor de mortalidad en síndrome hepatorenal [En línea]. (Tesis de grado). Universidad del Rosario; 2021. Disponible en: https://doi.org/10.48713/10336_33715
8. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Número de muertes por cirrosis en determinados países de la OCDE en 2019 y 2020. [En línea].; 2022 [citado 2022 junio 15]. Disponible en:

<https://es.statista.com/estadisticas/589749/numero-de-muertes-por-cirrosis-en-determinados-paises-de-la-ocde/>

9. Calderón W, Paredes A, Yarinsueca P. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horizonte Medico. 2020; 20(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200008
10. Ministerio de Salud (MINSA). Epidemiológico del Perú. [En línea].; 2019 [citado 2022 junio 15]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/25.pdf>
11. Torres Lerma R. Características clínica y epidemiológica de la cirrosis hepática en pacientes del Hospital III ESSALUD, Puno – 2018 [En línea]. (Tesis de grado). Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9459/Roberto_Torres_Lerma.pdf?sequence=3&isAllowed=y
12. Saravia-Atúncar AV, Taype-Huamaní WA, Amado JP. Evolución de pacientes con cirrosis hepática avanzada admitidos al servicio de Emergencia de adultos de un hospital terciario. Rev Soc Peru Med Interna. 2018; 31(4): p. 143-147. Disponible en: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/6#:~:text=Conclusiones.,MELD%20y%20MELD%20sodio%20altos>
13. Villar Ramírez C. Factores asociados a cirrosis hepática en pacientes del servicio de medicina del hospital Santa Rosa del enero 2018 a junio del 2020 [En línea]. (Tesis de grado). 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4602>

14. Instituto de evaluación de tecnologías en Salud e investigación - IETSI. Dictamen preliminar de evaluación de tecnología sanitaria N. ° 007-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2018 eficacia y seguridad del uso de DACLATASVIR/SOFOSBUVIR; en el tratamiento en primera o segunda línea de la infección crónica por hepatitis c genotipo 3. Lima: Seguro Social de Salud EsSalud, Lima; 2018.
15. Aliaga-Tinoco S, Cruzado L. Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. *Revista de Neuro Psiquiatría*. 2020; 85(1).
16. Bravo-Coello J, Monar-Goyes M, Pacheco-Moreira V, Chunchu-Romero J. Manejo clínico y terapéutico en pacientes con cirrosis hepática [En línea]. *Dom. Cien.* 2021; 7(4): p. 90-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8384045>
17. Calderón W, Ascanio M, Yarinsueca Y. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.) [En línea]. *Horiz. Med.* 2020; 20(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200008
18. Roesch-Dietlen F, Gonzáles-Santes M, Sánchez-Maza M, Díaz-Roesch F, Cano-Contreras A, Amieva-Balmori M, et al. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática [En línea]. *Revista de Gastroenterología de México*. 2021; 86(1): p. 28-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090620300355>
19. Jaén Celi CE. Proceso de atención de enfermería en pacientes con cirrosis hepática [En línea]. (Tesis de progrado). Universidad Autónoma de Yucatán; 2017. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-062.pdf>

20. Conforme Bajaan DM. Proceso de Atención de Enfermería en Paciente de 48 años de edad con: Cirrosis Hepática [En línea]. (Tesis de posgrado). Universidad Técnica de Babahoyo; 2020. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8301>
21. Galarza Apuparo KG. Proceso De Atención De Enfermería En Un Paciente Con Cirrosis Hepática [En línea]. Revista electrónica de portales médicos. 2019. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-cirrosis-hepatica/#:~:text=En%20cuanto%20a%20los%20cuidados,prestando%20el%20apoyo%20an%C3%ADmico%20necesario>
22. Esteve A. Plan de cuidados de enfermería en paciente con encefalopatía hepática por cirrosis hepática. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación [En línea]. 2021; 2(11). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-encefalopatia-hepatica-por-cirrosis-hepatica-caso-clinico/>
23. Martín A. Plan de cuidados de enfermería para trasplante hepático y colangitis biliar primaria. A propósito de un caso. Tesis de pregrado. Universidad de Valladolid; 2020
24. Melo S. Cuidados de enfermería en laparotomía y empaquetamiento hepático, paciente quirúrgica hospital III Goyeneche. Arequipa 2021. Trabajo de suficiencia profesional. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022.
25. Cresencia C. Caso clínico a paciente con shock séptico, atendido en el servicio de emergencia de la clínica Good Hope, 2019. Tesis de pregrado. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2019.
26. Puican O. Cuidado de enfermería a paciente con esteatosis hepática grado III. Tesis de especialización. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.

27. Benites L. Calidad de vida en pacientes con cirrosis hepática atendidos en la Unidad Funcional de Hígado en un hospital general del tercer nivel en Lima- Perú. Tesis de grado. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7923>
28. Mateo Montes N. Cuidados de Enfermería del Paciente Geronto con Cirrosis Hepática En El Servicio De Medicina San Pedro Del Hospital Nacional Dos De Mayo [En línea]. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional del Callao; 2017. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_fde3ad06411618b79460f11ce6e19354
29. Bernal M, Morales L, Franco. S. Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: definición y clasificación agudizada: definición y clasificación [En línea]. REPERTORIO de medicina y Cirugía. 2021. Disponible en:
<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1052>
30. Arranco G. Cirrosis Hepática [En línea]. 2022. Disponible en:
<https://gi.org/patients/recursos-en-espanol/cirrosis-hepatica/#:~:text=Cirrosis%20hepática%20se%20refiere%20a,muerte%20en%20los%20Estados%20Unidos>
31. Gómez A. Consenso del manejo de las complicaciones de la cirrosis hepática en pediatría [En línea]. Farmacia Profesional. 2022. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090622000532>
32. Méndez N. Cirrosis Hepática. Access medicina [En línea]. 2022; p. 1-19. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cirrhosis/symptoms-causes/syc-20351487>

33. Clínica Mayo. Mayo Foundation for Medical Education and Research. [En línea].; 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cirrhosis/symptoms-causes/syc-20351487>
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018. Boletín Informativo. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019.
35. Potrillé-Rodríguez L. Cambios morfofuncionales del hígado en la cirrosis hepática [En línea]. Gaceta Médica estudiantil. 2020. Gaceta Médica Estudiantil. 2020; 1(1): p. 45-56. Disponible en: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/25>
36. Ramírez A, Tonguino A, Vargas L. Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada [En línea]. Revista de Sanidad Militar. 2019 Septiembre - Diciembre; 73(5-6): p. 277-281. Disponible en: <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/42>
37. Martorell M. Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología [En línea]. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2019; 35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000400010
38. Doenges M, Moorhouse M. Capítulo 1: El proceso de atención de enfermería: provisión de cuidados de calidad. In Doenges ME, Moorhouse MF. Proceso y diagnósticos de enfermería: Aplicaciones. México, D.F.: El Manual Moderno; 2014. Disponible en: <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1495.%20Pro>

cesos%20y%20diagn%C3%B3sticos%20de%20enfermer%C3%ADa.%20Aplicaciones..pdf

39. Bellido J, Lendín J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [En línea]. Primera ed. Jaén ICODed, editor. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
40. Martínez M, Pérez M, Montelongo P. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon [En línea]. Enfermería Universitaria. 2014; 11(1): p. 36-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-atencion-enfermeria-una-lactante-S1665706314726624>
41. Jiménez S. Conocimiento Y Aplicación De Las Taxonomías Nanda Noc Nic Del Profesional De Enfermería, Servicio De Medicina Interna, Hospital Seguro Social Universitario La Paz, 2018 [En línea]. (Tesis de doctor). La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2018. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24271>
42. Geriatrics Perú. Geriatrics Perú. [En línea].; 2020. Disponible en: <https://www.geriatricsperu.com/quienes-somos.html>.
43. Escobar F., Goboo A., Dos Santos P., Fogaca A., Atila E y Campos E. Identificación de intervenciones de enfermería asociadas a la acurácia de los diagnósticos de enfermería para pacientes con cirrosis hepática [En línea]. LATINO-AM. 2017. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3387/TRABAJO%20DE%20SUFICIENCIA%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=>

y

44. Álvarez Vera B. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con Cirrosis hepática en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza [En línea]. (Tesis de grado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2772>
45. Sánchez CD. Sociedad Catalana de Digestología. [En línea].; 2022. Disponible en: http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/cirrossis_hepatica_es.pdf
46. Naranjo-Hernández Y., González-Hernández L., Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2018; 22(6): p. 831-842.

ANEXOS

Anexo 1. Anexos auxiliares

EXAMENES REALIZADOS	Resultado Actual	Valor Referencial	Unidades
HÉMOGRAMA (SANGRE TOTAL C/EDTA)			
Hemoglobina	*18.8	12 - 16	g/dL
Hematocrito	*33.1	36 - 46	%
Hemáticos	*3.63	4 - 4.9	*10 ⁶ /L
Volumen Corpuscular Medio	88.4	80 - 100	fL
Hemoglobina Corpuscular Media	28.5	26 - 34	pg
Concentración de la Hemoglobina Corpuscular	34.5	31 - 37	g/dL
Índice de Anisocitosis (RDW) (%)	*16.2	11 - 14	%
Índice de Anisocitosis (RDW) (SD)	*51.5	36.4 - 46.3	fL
Leucocitos Totales	7.66	4.5 - 11	*10 ³ /uL
Eosinófilos (%)	*3.3	0 - 3	%
Basófilos (%)	0.4	0 - 1	%
Linfocitos (%)	*12.1	24 - 44	%
Monocitos (%)	*1.1	3 - 6	%
Neutrófilos Segmentados (%)	*73.2	35 - 66	%
Bastones (%)	0.0	0 - 5	%
Eosinófilos (10 ³ /uL)	0.25	0 - 0.7	*10 ³
Neutrófilos (10 ³ /uL)	0.03	0 - 0.2	*10 ³ /uL
Linfocitos (10 ³ /uL)	*0.93	1 - 4.8	*10 ³ /uL
Monocitos (10 ³ /uL)	0.84	0 - 0.9	*10 ³ /uL
Neutrófilos Segmentados (10 ³ /uL)	5.61	1.8 - 7.7	*10 ³ /uL
Bastones (10 ³ /uL)	0.0	0 - 0.5	*10 ³ /uL
Recuento de Plaquetas	182	150 - 350	*10 ³ /uL
Comentario: resultado verificado			
Volumen Plasmático Muco	10.9	7.5 - 11.5	fL

EXAMENES REALIZADOS	Resultado Actual	Valor Referencial	Unidades
CLORO sérico (Método ISE)	100	94 - 110	mEq/L
I. EXAMEN MACROSCÓPICO DE LA ORINA			
Color	Amarillo		
Aspecto	Turbio		
II. EXAMEN QUÍMICO DE LA ORINA			
Densidad	1.015	1.01 - 1.035	
pH	5	5 - 6	
Proteína (Albumina)	Negativo	0 - 10	mg/dL
Glucosa	Negativo		
Comentario: resultado verificado			
Cetonas	Negativo	0 - 5	mg/dL
Bilirrubina	Negativo		
Urobilínógeno	Negativo	0 - 1	mg/dL
Hemoglobina (eritrocitos)	Negativo	0 - 9	He.mu ³ /uL
Leucocitos (Estrasa Leucocitaria)	Negativo	0 - 10	Leucoc/uL
Nitrito	Negativo		
III. SEDIMENTO			
Leucocitos	2 por campo	0 - 5	x campo AP
Hematos	1 por campo	0 - 2	x campo AP
Células Epiteliales	Escasas Abundantes		-
Cilindros	Escasos		-
Cristales	No se observan		-
Cilindros	No se observan		uL
Fecha de Toma de Muestra	20-04-2022		
	Validado por		

VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR

	I	D
Lavarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Uso de los Servicios Higiénicos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Continencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vestirse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Movilizarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Alimentarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Leyenda
 I = Independiente
 D = Dependiente

Diagnóstico Funcional:
 - Ningún Item Positivo de Dependencia (Independiente)
 - De 1 a 5 Items Positivos de Dependencia (Dependiente)
 - 6 Items Positivos de Dependencia (Dependiente Total)

Resultado
 DEP. TOTAL.

VALORACION MENTAL

	✓	X
¿Qué Fecha es hoy?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Qué día de la semana?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿En qué lugar estamos?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Cuál es su número de teléfono?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Cuál es su dirección completa?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Cuántos años tiene?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Dónde nació?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dígame el primer apellido de su madre	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Restar de 3 en 3 desde 30	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Leyenda
 ✓ = Correcta
 X = Error

Valoración Cognitiva (Test Pfeiffer)
 - Normal (2 Errores)
 - DC Leve (3 a 4 Errores)
 - DC Moderado (5 a 7 Errores)
 - DC Severo (8 a 10 Errores)

Resultado (*)
 DC SEVERO.
 (*) DC = Deterioro Cognitivo

Fecha :

CONCLUSIONES:

- > ESTEATOISIS HEPÁTICA LEVE
- > LITIASIS VESICULAR
- > MODERADO METEORISMO ABDOMINAL ACOMPAÑADO DE SÍNDROME DE CONSTIPACION
- > RESTO DE ORGANOS EVALUADOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES
- > CORRELACIONAR CON HALLAZGOS CLINICOS

Hígado: De localización habitual, de forma, tamaño, contornos y bordes normales. Ecogenicidad discretamente aumentada. Superficie lisa, ángulo inferior agudo. Parénquima homogéneo. Ausencia de lesiones focales o difusas parenquimales.

Dimensiones: Lóbulo Derecho: 165 mm. Lóbulo Izquierdo: 61 mm.

Venas hepáticas y ramas de la vena porta de trayecto, calibre y situación normales. Vías biliares intrahepáticas no dilatadas.

Colédoco : De 4 mm, no se observa la presencia de litiasis.
Vena porta: De 11 mm.

Vesícula biliar: De 40 x 22 mm., de paredes engrosadas de 5mm de espesor, regulares y lisas, contiene bilis sin ecos. presencia de calculo de 15mm de diámetro. Ausencia de líquido libre perivesicular. Murphy ecografico negativo. Ausencia de signos de agudeza.

Páncreas: De localización, forma, tamaño, contornos, bordes y ecogenicidad normales. Dimensiones: Cabeza: 17 mm. Cuerpo: 10 mm. Cola: 12 mm.

Riñones: De localización habitual, forma, tamaño y contornos normales, bordes, ejes y movilidad conservados. Parénquima renal de ecogenicidad normal. Ausencia de hidronefrosis, Litiasis, signos inflamatorios o procesos expansivos renales. Ausencia de imágenes patológicas en los espacios perirenales.

Dimensiones:

Riñón Derecho: DL: 91 mm. DT: 50 mm. Parénquima: 16 mm.
Riñón Izquierdo: DL: 92 mm. DT: 52 mm. Parénquima : 15 mm.

Bazo: De localización habitual, contornos definidos, cápsula continua indemne. Parénquima de ecogenicidad homogénea. Ausencia de lesiones hipoeogénicas parenquimales. Ausencia de hematomas esplénicos. Espacios periesplénicos de caracteres normales. Dimensiones: De 81x40 mm.

Vejiga: Con poca repleción, de paredes delgadas, regulares y lisas. Ausencia de patología en la mucosa vesical. Contiene orina sin ecos. Ausencia de litiasis. Ausencia de deformaciones.

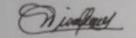
Útero: En anteverso flexión fisiológica, de posición central, de forma habitual, tamaño disminuido. Pared anterior de contornos regulares, de bordes lisos. Pared posterior de contornos regulares, de bordes lisos. Miometrio: Homogéneo sin evidencia de lesiones focales.

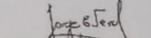
Endometrio: De 2 mm. de espesor, homogéneo, ausencia de lesiones proliferativas endometriales.

Ovarios: no visualizados por interferencia gaseoso intestinal

Ausencia de líquido libre en los pliegues peritoneales visualizados. Fondo de saco de douglas libre. Parametrios libres. Vasos ilíacos normales.

Atentamente


Dra. MARÍA LA GONZÁLEZ JOYA
Médico Radiólogo - Ecografista
C.M.P. 22128 - R.M.E. 20786


JORGE VERÓNICA DE LARON
MÉDICO RADIOLOGO - ECOGRAFIETA
C.M.P. 22128 - R.M.E. 20786

129