



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO ACERCA DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE
DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE
ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

BARREZUETA ZAMBRANO TANIA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRECIADO MENDEZ EVELYN GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO ACERCA DE PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO Y
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

BARREZUETA ZAMBRANO TANIA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRECIADO MENDEZ EVELYN GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

ESTUDIO DE CASO ACERCA DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DERRAME
PLEURAL CIRRÓTICO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN
ENFERMERÍA

BARREZUETA ZAMBRANO TANIA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRECIADO MENDEZ EVELYN GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

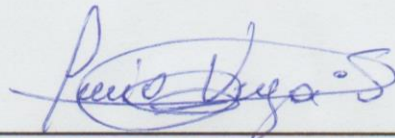
VEGA SIGUENZA LUCIO GUILLERMO

MACHALA, 01 DE FEBRERO DE 2019

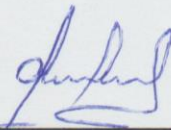
MACHALA
2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ESTUDIO DE CASO ACERCA DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



VEGA SIGUENZA LUCIO GUILLERMO
0701833816
TUTOR - ESPECIALISTA 1



MORA VEINTIMILLA GLADIS DEL ROCIO
0702547316
ESPECIALISTA 2



CENTENO SANDOVAL MAXIMA ARGENTINA
0701900128
ESPECIALISTA 3

Machala, 01 de febrero de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ANALISIS-DE-CASO-DERRAME-PLEURAL-CIRROTICO-URKUND.docx (D46996283)
Submitted: 1/18/2019 10:22:00 PM
Submitted By: tbarrezueta_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200003

Instances where selected sources appear:

1

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, BARREZUETA ZAMBRANO TANIA ANDREA y PRECIADO MENDEZ EVELYN GABRIELA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ESTUDIO DE CASO ACERCA DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

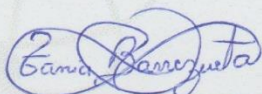
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2019



BARREZUETA ZAMBRANO TANIA ANDREA
0706707148



PRECIADO MENDEZ EVELYN GABRIELA
0803419761

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado de manera especial a Dios, quien siempre nos acompaña y nos llena de fortaleza para continuar con nuestro camino profesional; a nuestras familias y a cada uno de nuestros seres queridos que siempre nos demuestran su amor y cariño incondicional y son nuestros pilares para seguir adelante.

También agradecemos a los profesionales que forman parte de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala quienes con sus consejos y enseñanzas nos han guiado a lo largo del proceso de aprendizaje.

Tania y Evelyn

AGRADECIMIENTO

Por medio de la presente queremos agradecer primeramente a Dios por darnos siempre las fuerzas necesarias para luchar día a día y darnos la sabiduría suficiente para superar las situaciones difíciles y a nuestra familia por creer en nosotras dándonos ejemplo de superación, humildad y sacrificio.

Agradecemos a los docentes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala por su apoyo y asesoramiento importante en la realización de nuestro estudio de caso.

Tania y Evelyn

RESUMEN

El derrame pleural cirrótico o hidrotórax hepático es una complicación poco frecuente de la cirrosis con presencia de ascitis, se desarrolla cuando el líquido ascítico avanza desde el abdomen acumulándose en la cavidad pleural a través de pequeños defectos del diafragma favorecido por la presión pleural negativa. Los síntomas presentes en los pacientes con esta patología son los característicos de la cirrosis y la ascitis sumándose a ello síntomas respiratorios como: disnea, tos sin expectoración, dolor torácico tipo pleurítico y fatiga; la intensidad y la gravedad de estos síntomas va a depender de la cantidad de líquido acumulado en la cavidad pleural.

El objetivo general del presente estudio es analizar el caso clínico de una paciente diagnosticada con derrame pleural cirrótico mediante la recolección de datos a través de la historia clínica para la elaboración de planes de cuidados en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se trata de un estudio de tipo cualitativo y descriptivo ya que se analiza un caso real a través de la revisión de la historia clínica y además se describen las características más relevantes de las categorías de estudio. La recolección de la información se realizó mediante la observación directa de los datos de la historia clínica y el correspondiente llenado de la ficha observacional en la cual se enunciaron las categorías más relevantes.

Como resultado se obtuvo que la paciente en cuestión, ingresa con un cuadro clínico caracterizado por astenia, disnea de medianos esfuerzos, presencia de ascitis con eliminación de líquido pleural y edema de miembros inferiores; la ecografía de tórax reveló la presencia de derrame pleural derecho con acumulación de líquido de 639 ml, mientras que en los exámenes de laboratorio realizados evidencia resultados alterados como albúmina < 3.50 g/dl y bilirrubina total > 1.10 mg/dl. Como tratamiento farmacológico se administra furosemida para el manejo de la ascitis aumentándole la administración de antibióticos como ceftriaxona, ciprofloxacino y la administración de sueroterapia con electrolitos.

Durante su estancia en el hospital presenta una descompensación radical mostrándose hemodinámicamente inestable y agregándole a su sintomatología anasarca, ictericia y dolor pleurítico. A los 33 días de hospitalización la paciente fallece tras sufrir una parada cardiorrespiratoria.

Después de analizar los resultados obtenidos se concluye que con un tratamiento adecuado de la cirrosis se logra mantener en una fase compensada en la cual no se presentan síntomas de riesgo y su pronóstico de vida es favorable, pero si esta enfermedad avanza a una fase de descompensación se desarrollan múltiples complicaciones tal como el derrame pleural cirrótico considerado como un riesgo para la vida del paciente. A partir de la valoración de la paciente y mediante la aplicación de la teoría de Marjory Gordon se determina que los patrones alterados son: percepción/ manejo de la salud, nutricional/ metabólico, actividad/ ejercicio y perceptivo/ cognitivo; con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los pacientes que padecen derrame pleural cirrótico, se elaboran planes de cuidados basados en los patrones funcionales alterados, por medio de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

PALABRAS CLAVES: CIRROSIS HEPÁTICA, HIDROTÓRAX HEPÁTICO, DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO, SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ABSTRACT

Cirrhotic pleural effusion or hepatic hydrothorax is a rare complication of cirrhosis with the presence of ascites. It develops when the ascitic fluid advances from the abdomen, accumulating in the pleural cavity through small defects of the diaphragm favored by negative pleural pressure. The symptoms present in patients with this pathology are those characteristic of cirrhosis and ascites, adding to it respiratory symptoms such as: dyspnea, cough without expectoration, pleuritic chest pain and fatigue; The intensity and severity of these symptoms will depend on the amount of fluid accumulated in the pleural cavity.

The general objective of the present study is to analyze the clinical case of a patient diagnosed with cirrhotic pleural effusion by collecting data through the clinical history for the elaboration of care plans based on the functional patterns of Marjory Gordon. This is a qualitative and descriptive study since a real case is analyzed through the review of the clinical history and also the most relevant characteristics of the study categories are described. The information was collected by directly observing the clinical history data and the corresponding filling of the observational record in which the most relevant categories were listed.

As a result, it was obtained that the patient in question entered with a clinical picture characterized by asthenia, dyspnea of medium efforts, presence of ascites with removal of pleural fluid and edema of lower limbs; Chest ultrasound revealed the presence of a right pleural effusion with 639ml fluid accumulation, while in the laboratory tests performed evidence altered results such as albumin <3.50 g / dl and total bilirubin> 1.10 mg / dl. As a pharmacological treatment, furosemide is administered for the management of ascites, increasing the administration of antibiotics such as ceftriazone, ciprofloxacin and the administration of electrolyte fluid therapy.

During his stay in the hospital he presents a radical decompensation showing hemodynamically unstable and adding to his symptomatology anasarca, jaundice and pleuritic pain. After 33 days of hospitalization, the patient died after suffering a cardiorespiratory arrest.

After analyzing the results obtained, it is concluded that with an adequate treatment of cirrhosis it is possible to maintain a compensated phase in which there are no risk

symptoms and its prognosis of life is favorable, but if this disease advances to a decompensation phase Multiple complications develop such as the cirrhotic pleural effusion considered as a risk to the patient's life. From the assessment of the patient and through the application of Marjory Gordon's theory, it is determined that the altered patterns are: perception / health management, nutritional / metabolic, activity / exercise and perceptive / cognitive; In order to improve the quality of life in patients suffering from cirrhotic pleural effusion, care plans are elaborated based on altered functional patterns, through the NANDA, NIC, NOC taxonomy.

KEY WORDS: HEPATIC CIRRHOSIS, HEPATIC HYDROTHORAX, CIRRHOTIC PLEURAL EFFUSION, RESPIRATORY SYMPTOMS, COMPLICATIONS, NURSING CARE PLAN.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	10
1.2. HECHOS DE INTERÉS	10
1.3. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO	11
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	13
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA	13
2.1.1. TEORÍA GENERAL DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	13
2.1.2. HISTORIA NATURAL DE LA CIRROSIS	13
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	14
DEFINICIÓN:	14
FACTORES DE RIESGO	15
VULNERABILIDAD	15
FISIOPATOLOGÍA	16
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	16
DIAGNÓSTICO	17
TRATAMIENTO	18
COMPLICACIONES	19
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	19
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	19
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	21
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.1.1. ÁREA DE ESTUDIO	21
3.1.2. POBLACIÓN	21
3.1.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	21
3.1.4. TIPO DE ESTUDIO	21
3.1.5. MÉTODO	21
3.1.6. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	22
3.2.1. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	22
3.2.2. CATEGORÍAS	22
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE CASO	22

3.3.1. ASPECTOS ÉTICOS LEGALES	23
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	24
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

La cirrosis simboliza la última etapa de los trastornos del hígado. Se describe por una cantidad excesiva de tejido fibroso que conlleva al daño hepático (1). Considerada como la décimo cuarta causa de muerte en el mundo (2), con una mortalidad reportada de 26.4% y los registros de mortalidad más alta en América Latina en el año 2016 se localiza en México (3).

En el Ecuador, según registros del INEC del año 2016 la cirrosis y otras enfermedades del hígado se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad, siendo la población masculina la más afectada con un número registrado de 1.397 casos correspondiente al 3,79%, mientras que en la población femenina se ha registrado 926 casos correspondientes al 3,03% (4).

Los pacientes cirróticos pueden desarrollar durante el tiempo de su enfermedad un derrame pleural o hidrotórax hepático, afectando aproximadamente al 6% de los pacientes cirróticos, asociando a más del 80 % de los casos con el desarrollo de ascitis (5).

El hidrotórax hepático o derrame pleural cirrótico es una patología poco habitual en pacientes cirróticos con hipertensión portal, y la presencia de síntomas respiratorios son los que motivan al paciente a acudir a la consulta (6). La prevalencia del derrame pleural dentro del ámbito médico varía en las distintas partes del mundo y los casos que se presentan son de 400 por cada 100.000 habitantes aproximadamente (7). Los casos de hidrotórax hepático en los pacientes con cirrosis pueden variar, dependiendo de la población estudiada y sobre todo de los métodos diagnósticos usados. De acuerdo a su ubicación el hidrotórax hepático puede presentarse a nivel del hemitórax derecho en el 70% de los casos, en el lado izquierdo en el 18% y puede ser bilateral en el 12% de los casos (8).

La cirrosis, es una de las enfermedades principales afines al compromiso Hepático y se encuentra asociada con la presentación de hipoxia y dificultad respiratoria; estos síntomas se relacionan con otros como: desequilibrio ventilación/perfusión, alteraciones en la oxigenación, anomalías en pruebas de función pulmonar y desarrollo de Efusiones Pleurales.

Por tanto se considera realizar la investigación de un caso clínico sobre una paciente de sexo femenino de 57 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática que ingresa al área de emergencia del Hospital General Teófilo Dávila presentando un cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por astenia, disnea de medianos esfuerzos, ascitis con eliminación de líquido pleural más edema de miembros inferiores.

Luego de la revisión de varios artículos científicos se decide realizar la presente investigación considerando que no se encontró información sobre ésta problemática en el Ecuador siendo la cirrosis y las enfermedades respiratorias parte de las prioridades.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El presente estudio analiza el caso de una paciente que ingresa al HTD de Machala con síntomas respiratorios y antecedentes de cirrosis hepática y que es diagnosticada con derrame pleural cirrótico.

El derrame pleural cirrótico o hidrotórax hepático se produce cuando la formación del líquido pleural es mayor que su absorción y se acumula de forma anormal en la cavidad pleural. En la mayoría de los casos es una enfermedad secundaria de trastornos de la pleura o pulmones, aunque también puede ser ocasionado por ciertas enfermedades extrapulmonares tales como: cardíacas, hepáticas, renales, pancreáticas, sistémicas y neoplasias (9); su porcentaje de prevalencia es del 5% al 12% (2). Los derrames pleurales de tipo exudado son característicos de los derrames originados por neoplasias e infecciones, mientras que enfermedades como la insuficiencia cardíaca y cirrosis hepática producen derrames de tipo trasudativo (10).

1.2. HECHOS DE INTERÉS

La cirrosis en etapa avanzada tiene una regulación anómala del volumen del líquido extracelular, que en la mayoría de los casos resulta en acumulación del mismo en la cavidad abdominal, lo que conlleva al desarrollo de ascitis con la formación de edema en los miembros inferiores. En el 5% al 10% de los casos, el líquido se acumula en el espacio pleural (11). Según Vázquez y colaboradores (2017), se estima que la Cirrosis hepática es la décimo cuarta causa de muerte a nivel mundial y es considerada una importante causa de Morbilidad y mortalidad con porcentajes que van de 1% hasta el 57% en un año; en países como Estados Unidos su porcentaje de prevalencia es del 0.27% aproximadamente 633.323 adultos, de los cuales el 69% de ellos no tiene conocimientos acerca de su condición de salud (2).

De acuerdo con registros del INEC del año 2016, en el Ecuador la cirrosis y otras enfermedades del hígado se encuentran entre las 10 principales causas de mortalidad, presentándose mayor número de casos en la población masculina con un número

registrado de 1.397 casos correspondiente al 3,79%, mientras que la población femenina registra alrededor de 926 casos correspondientes al 3,03% (4).

Los primeros hechos sobre la fisiopatología del hidrotórax hepático se registra en el año 1955 en donde se implanta por primera vez la manifestación de una fenestración diafragmática en un paciente con fibrosis y derrame pleural (2).

El Hidrotórax hepático o también conocido como derrame pleural cirrótico se da como resultado del paso directo del líquido ascítico desde la cavidad peritoneal al espacio pleural debido a defectos en el diafragma, esto se da cuando la presión intratorácica negativa favorece la transferencia de líquido a través de los defectos diafragmáticos. (3). Sin embargo, no se ha encontrado información acerca de esta patología en nuestro medio puesto que, según la bibliografía consultada, los casos que se presentan son muy raros por evolución de una cirrosis a su fase descompensada.

1.3. DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO

Paciente femenino de 57 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática más hipertensión arterial ingresa al área de emergencia del Hospital General Teófilo Dávila con cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por astenia, disnea de medianos esfuerzos, presencia de ascitis con eliminación de líquido pleural más edema de miembros inferiores. Al momento paciente presenta astenia con palidez generalizada.

Se procede a tomar las constantes vitales y a realizar la valoración respectiva obteniéndose los siguientes parámetros: Temperatura: 36.5 °C, Tensión arterial: 90/55 mmHg, Frecuencia cardíaca: 110 x', Frecuencia respiratoria: 34x', Saturación de O₂: 90%.

Examen físico y diagnóstico: a nivel de Tórax se observa simétrico, presencia de herida de toracocentesis ,eritema, puntos de sutura y eliminación de líquido seroso en moderada cantidad que llena y mancha el apósito; a nivel Pulmonar: Campos hipoventilados en hemitórax derecho.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos

Extremidades: miembros inferiores con presencia de edema

Neurológico: Paciente conciente, orientada en tiempo espacio y persona.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar un caso clínico de una paciente cirrótica diagnosticada con derrame pleural ingresada en el HTD de Machala, mediante la revisión de la historia clínica, para la aplicación del proceso de atención de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características generales de la enfermedad, mediante la fundamentación científica.
- Detallar la evolución del paciente mediante la revisión del historial clínico.
- Proponer planes de cuidados de enfermería Basados en los patrones funcionales de Marjory Gordon enfocado a pacientes con derrame pleural.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA

2.1.1. TEORÍA GENERAL DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La historia natural de la enfermedad está basada en un esquema en el cual se toma en cuenta el tiempo y se divide según la presencia o no de la enfermedad; es decir el periodo prepatogénico y el patogénico; además se asocia a una dimensión histórica del proceso salud enfermedad que explica su división (12). En 1958 leavell y Clark propusieron el esquema de historia natural de la enfermedad, esquema que facilita ubicar de forma gráfica la evolución de enfermedades así como también las intervenciones necesarias o convenientes para prevenir y/o modificar la historia natural del padecimiento.

El esquema se divide en dos periodos: pre patogénico antes de que se presente la afección, con su representación de equilibrio entre el huésped, agente y medio ambiente; y el periodo patogénico que establece el progreso del proceso salud- enfermedad con cambios en la fisiología interna del individuo que avanza hacia un momento de resolución, cura o muerte (13) (12).

2.1.2. HISTORIA NATURAL DE LA CIRROSIS

La historia natural de la enfermedad en la cirrosis hepática se identifica por dos fases: una fase compensada en la cual el paciente se encuentra sin presencia de síntomas y una fase descompensada que se describe por el progreso de varias de sus complicaciones procedentes tras la presencia de hipertensión portal o insuficiencia hepatocelular, dentro de las cuales se encuentran: la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea, el síndrome hepatorenal, la ruptura de várices esofágicas, la encefalopatía hepática, y la desnutrición, entre otras, que ha sido considerada desde hace varios años como uno de los más importantes componentes pronósticos en los pacientes que padecen cirrosis (14).

La ascitis es la complicación más frecuente encontrada en los pacientes con cirrosis y se presenta en aproximadamente el 85% de los casos. Generalmente la mitad de los enfermos cirróticos en su fase compensada desarrollan ascitis en los próximos diez a quince años de haber sido diagnosticados (15).

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

DEFINICIÓN:

CIRROSIS HEPÁTICA: es un trastorno representado por la distorsión de la forma normal del hígado y cambio nodular regenerativo (16). Se caracteriza por una acumulación de tejido fibroso y el tejido funcional hepático es dañado y suplantado por nódulos regenerativos que no reintegran las funciones normales del hígado. También puede manifestarse con daño hepatocelular, inflamación y necrosis causando de esta manera disfuncionalidad hepática. Las manifestaciones propias de la cirrosis como la ascitis y encefalopatía empiezan a aparecer acompañados por signos de baja funcionalidad física, mental y bioquímica (1).

DERRAME PLEURAL: es definido como la acumulación excesiva de líquido en la cavidad pleural producido cuando la elaboración del mismo es mayor que su proceso de absorción (9). Como la perspectiva del derrame pleural puede ser muy extensa, se prefiere clasificarlos a partir de los criterios de Light en exudados y trasudados. Los derrames pleurales de tipo exudado son característicos de los derrames originados por neoplasias e infecciones, mientras que enfermedades como la insuficiencia cardíaca y cirrosis hepática producen derrames de tipo trasudativo (10).

TIPOS DE DERRAME PLEURAL

El derrame pleural se clasifica en exudados y trasudados según el tipo de proteínas y concentraciones de lactato deshidrogenasa (LDH).

Exudados: producido en presencia de fugas capilares y aumenta la permeabilidad de las proteínas o en caso de un drenaje linfático o una presión pleural deficiente. Entre sus causas se encuentran: las neoplasias, las infecciones, trastornos del tejido conjuntivo o embolia pulmonar aguda. Los niveles de proteínas son mayores a los 3 g/dl, la

correlación de proteínas pleura/suero es mayor a 0,5 y la relación lactatodeshidrogenasa (LDH) pleura/plasma es superior a 0,6 (17).

Trasudados: ocasionados por una elevación de la presión sistémica o capilar y un déficit de la presión oncótica, que conlleva a un aumento de la filtración y a una baja en la absorción del líquido pleural. Sus causas más comunes son: la insuficiencia cardíaca congestiva, la cirrosis, la enteropatía con pérdida de proteínas y el síndrome nefrótico entre otras. Los niveles de proteínas se encuentran por debajo de 3 g/dl (17).

FACTORES DE RIESGO

Los pacientes con patologías hepáticas crónicas tienen mayor posibilidad de reingreso hospitalario, demostrándose una mortalidad de 13% a los 90 días (18). Los trastornos hepáticos pueden ser originados por: enfermedades hereditarias, autoinmunes, enfermedades infecciosas, vasculares o causas químicas. Entre las causas más comunes se enumeran las siguientes: 60 a 70% de los casos por consumo de alcohol, 10% por Hepatitis Crónica B o por hepatitis C, Hígado Graso no asociado al alcohol 10%, Obstrucción Biliar (5-10%) y 5 a 10% por Hemocromatosis (1). Los pacientes con cirrosis avanzada más hipertensión portal poseen una regulación anormal del volumen de líquido extracelular, llevando al desarrollo de ascitis y la acumulación de líquido en el espacio pleural. Los pacientes cirróticos poseen mayor tendencia a desarrollar neumonía bacteriana; además presentan restricción de la mecánica ventilatoria por el movimiento limitado del diafragma, secundario al desarrollo de ascitis (11) (2).

VULNERABILIDAD

Los trastornos pleurales son considerados como un problema médico frecuente con más de 50 causas distinguidas incluyendo: disfuncionalidad de órganos, condiciones sistémicas y orgánicas, enfermedades pleurales locales o pulmonares subyacentes y por consumo de ciertos medicamentos (19). Los pacientes con trasplante hepático pueden presentar complicaciones respiratorias, los pacientes mayores de cuarenta años, el sexo femenino y los diagnosticados con cirrosis hepática son más propensos a estas complicaciones cuando son sometidos a trasplantes (20).

FISIOPATOLOGÍA

La cirrosis es derivada de un proceso continuo de necrosis de los hepatocitos con desgaste del parénquima del hígado, inflamación, fibrogénesis, cambios de remodelación celular y cambios en la macro y microcirculación (21).

Los pacientes con cirrosis hepática avanzada más hipertensión portal poseen una rara regulación del volumen del líquido extracelular, que en muchas ocasiones da paso a la acumulación de este líquido en la cavidad abdominal, lo cual conlleva a producir ascitis, o la formación de edemas en las extremidades inferiores. En el 5% al 10% de estos casos el líquido se deposita en el espacio pleural y el 79.5% de los casos se desarrolla en el hemitórax derecho lo cual se explica debido a que el diafragma en la parte derecha está más predispuesto al desarrollo de defectos embriológicos y en su parte izquierda tiene mayor tejido muscular por lo que es más grueso, además guarda relación con la anatomía del hígado y el diafragma (11).

La reducción de la presión oncótica plasmática a causa de la hipoalbuminemia ayuda a la elaboración del líquido. La hipótesis más conocida es que el líquido ascítico viaja desde el abdomen a la cavidad pleural a través de pequeños defectos del diafragma favorecido por la presión pleural negativa (5). La presencia de hipoalbuminemia, el incremento en el flujo, la presión aumentada en el conducto torácico y las venas ácigos son sucesos frecuentes en pacientes cirróticos más hipertensión portal, y explica en gran parte el progreso del hidrotórax; sin embargo, la causa más común es el traspaso de gran cantidad de líquido desde el abdomen hacia el espacio pleural, por medio de una subida de presión a través de frenestraciones congénitas o diafragmáticas (11). En los pacientes con cirrosis el incremento en la presión Intrabdominal debido a la ascitis contribuye a la formación de ampollas en el peritoneo al sobresalir de sus límites normales sobre los defectos del diafragma; estos pequeños sacos se destrozan hacia la cavidad pleural dando lugar al derrame. La presión intratorácica negativa que se genera en la inspiración favorece la subida del líquido comenzando en la cavidad abdominal hasta el espacio pleural. (2) (11).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En el derrame pleural cirrótico prevalecen los síntomas correspondientes tanto a la cirrosis como a la ascitis. Tomando en cuenta el sistema respiratorio, la disnea es el

síntoma primordial, teniendo relación entre el grado de la disnea con el tamaño del derrame (5). Entre los síntomas respiratorios que se pueden presentar se mencionan los siguientes: disnea, tos no productiva, dolor torácico de tipo pleurítico y fatiga debida a la hipoxemia. La gravedad de estos síntomas va a depender en gran parte de la cantidad de líquido pleural. En raras ocasiones se presenta falla ventilatoria causado por un hidrotórax agudo a tensión (11).

En la evaluación física los pacientes presentan síntomas llamativos del derrame tales como: disminución de las vibraciones vocales y de los movimientos de la respiración en el lado afectado, matidez al realizar la percusión, y además disminución o ausencia de sonidos respiratorios a la auscultación (22).

DIAGNÓSTICO

En primer lugar se debe realizar una anamnesis y una exploración física completa, que incluya: antecedentes patológicos, laborales y familiares, así como los diferentes medicamentos que recibe el paciente. Con respecto a las técnicas de imagen, la radiografía posteroanterior de tórax suele identificar la existencia de Derrame Pleural (23).

Los scores de pronósticos han sido manejados para evaluar la supervivencia y la severidad en numerosas enfermedades y facilitan la toma de decisiones médicas en el cuidado de los pacientes. El score Child-Turcotte- Pugh (CTP) y el modelo de la enfermedad hepática en estadio final (The Model of End-Stage Liver Disease -MELD) son los más utilizados en la valoración del paciente con cirrosis hepática (24).

Con mayor frecuencia se utiliza la escala de Child-Pugh (CP) para establecer un pronóstico de severidad en la cirrosis, el rango de esta escala está entre 5 y 15 puntos, y valora la presencia de características como: ascitis, encefalopatía y parámetros de pruebas de laboratorio (bilirrubina, albúmina y protrombina), estableciéndose las clases A, B y C (25).

El diagnóstico de hidrotórax hepático se debe tener en cuenta en un paciente con cirrosis más hipertensión portal, y que además, presenta un derrame pleural unilateral que en la mayoría de los casos es en el lado derecho (11).

Con relación a las particularidades del líquido, se presume que la cirrosis y la insuficiencia cardíaca producen la totalidad de los trasudados (26). El estudio del

líquido pleural derivado mediante toracocentesis permite fundamentar una causa definitiva o supuesta del derrame pleural en un 70 u 80% de los casos. Al líquido pleural se le examina la lactato deshidrogenasa pleural (DHL) y las proteínas para determinar si se trata de un derrame pleural exudado o trasudado según con los criterios de Light; también es importante conocer su aspecto, color, olor, pH, además del recuento de eritrocitos y leucocitos, recuento celular diferencial de leucocitos y glucosa (9). La ecografía torácica ayuda en la identificación de Derrames Pleurales pequeños. Cuando se observan septos en la ecografía propone la existencia de un Derrame Pleural complicado y la hiperecogenicidad se asocia con la presencia de pus en la cavidad pleural. La ecografía ayuda en la elección del mejor lugar para la colocación del drenaje, permitiendo mejorar su rendimiento y disminuyendo el riesgo de complicaciones (23).

TRATAMIENTO

El hidrotórax hepático, que complica alrededor del 6% de los casos de cirrosis con ascitis, se trata inicialmente con restricción salina y la combinación de medicamentos como furosemida y espironolactona (23). Se considera realizar toracocentesis repetidas, pero esto supone una rápida depleción hídrica y de electrolitos. Así mismo, esto puede conllevar a riesgo de infección y de sangrado, fundamentalmente en estos pacientes por la coagulopatía frecuentemente asociada (5).

Para elegir el antibiótico apropiado se debe considerar el origen del derrame, los antecedentes farmacológicos del paciente y el historial de alergias, las características microbiológicas así como la actividad del fármaco en el organismo. En pacientes que presentan alergia a la penicilina es necesario recurrir a fármacos como clindamicina administrada sola o combinándola con una cefalosporina de tercera generación o con una quinolona (22).

Es necesario tener en cuenta algunos parámetros para establecer la necesidad de drenar el líquido pleural excesivo:

1. Presencia de signos y síntomas clínicos propios de la enfermedad
2. Tamaño del derrame y volumen del líquido

3. Presencia de loculaciones por estudios de imagen (ecografía y radiografía tórax y ultrasonido) (22).

COMPLICACIONES

Los pacientes cirróticos presentan mayor riesgo de presentar complicaciones como: infección bacteriana, falla de múltiples órganos y muerte en el peor de los casos cuando no se ha tratado la enfermedad a tiempo (27). Estas complicaciones en pacientes con cirrosis pueden ocasionar sintomatología como: ascitis, hipertensión portal gastrointestinal, encefalopatía, ictericia, hemorragia en várices esofágicas. La presencia de cualquiera de éstas nos indica la evolución de la fase compensada a la descompensación (1). El derrame pleural cirrótico es una complicación grave y poco frecuente en pacientes con cirrosis en presencia de ascitis; la misma que si no es tratada a tiempo puede conllevar a la muerte. Entre otras complicaciones se señalan: neumotórax, tos y dolor torácico, reacción vagal, e infecciones (7).

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Las actividades de enfermería se describen prácticamente desde inicios de la humanidad, pues desde tiempos antiguos han existido personas que requieren cuidados. El arte de cuidar se transforma en una ciencia reconocida como un método científico que otorga mayor rigor a la práctica profesional. El proceso de atención de enfermería contiene un conjunto de elementos indispensables como: recolección de información, identificación de problemas, resultados, intervención y evaluación (28).

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Los patrones funcionales de Marjory Gordon ayudan en la agrupación de la información en los reconocidos diagnósticos de enfermería NANDA; esta clasificación se agrupa en dominios, clases y diagnósticos. Estos diagnósticos recogen los problemas con su definición, la etiología y las características definitorias. Marjory Gordon en su modelo enuncia 11 patrones funcionales en base a los comportamientos comunes del individuo y que contribuyen al mantenimiento de la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano (28).

Mediante la valoración se identifica que los patrones alterados en la paciente son: percepción/manejo de la salud: riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, nutricional/metabólico: exceso de volumen de líquido relacionado con compromiso de mecanismos reguladores manifestado por ascitis y edema de miembros inferiores, actividad/ ejercicio: patrón respiratorio ineficaz relacionado con trastorno respiratorio manifestado por disnea y cognitivo perceptivo: dolor agudo relacionado con agentes lesivos manifestado por informe verbal del dolor.

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se lo realizó en el área de Medicina Interna del “Hospital General Teófilo Dávila” de la Ciudad de Machala ubicado en las calles Buenavista y Boyacá.

3.1.2. POBLACIÓN

Paciente femenino de 57 años de edad hospitalizada en el Hospital General Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala en el área de Medicina interna con diagnóstico de Derrame pleural más Dificultad respiratoria con antecedentes de cirrosis hepática.

3.1.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo cualitativa porque busca analizar un caso real a través de la revisión de la historia clínica. La investigación cualitativa tiene como propósito la descripción y el entendimiento cuyo enfoque ayuda a documentar y describir las experiencias de aquellos que se enfrentan al fenómeno (29).

3.1.4. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio trata sobre un estudio de caso en el cual se describe y analiza el estado de salud de un paciente en base a su historia clínica. Es una investigación descriptiva porque describe las características más importantes de las categorías de análisis del caso.

3.1.5. MÉTODO

En el presente análisis de caso se utilizaron varios métodos entre los que se mencionan: **Método clínico:** este método consiste en la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad, orientado a conocer, valorar y transformar este proceso de tal forma que implica a todos los pacientes e incluye a todas las especialidades (30).

Método analítico: se fundamenta en el conocimiento general de una realidad además ayuda en la clasificación de los distintos elementos fundamentales y de las interrelaciones que mantienen entre sí (31).

Método sintético: este método permite analizar y sintetizar la información recopilada anteriormente, permitiendo estructurar las ideas para reconstruir los hechos que se están investigando (32).

Método deductivo: permite establecer las peculiaridades de una situación particular que se estudia por enunciados contenidos en proposiciones de carácter general. Mediante las deducciones se derivan las consecuencias particulares (31).

3.1.6. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La técnica utilizada para la recolección de información del presente análisis de caso fue la observación directa de los datos de la historia clínica única.

3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Historia Clínica única
Ficha observacional
Fuente bibliográfica

3.2.2. CATEGORÍAS

Historia clínica, Anamnesis, Antecedentes patológicos personales, Antecedentes familiares, Signos y síntomas, Enfermedad actual, Evolución clínica, Exámenes complementarios, Tratamiento, Pronóstico, Proceso de atención de enfermería.

3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE CASO

Historia clínica: es un documento ético legal que nos permite recoger información sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial.

Anamnesis: constituye la primera fase de la historia clínica, la cual nos permite recoger datos objetivos y subjetivos a través de un interrogatorio con el objetivo de llegar a un diagnóstico.

Antecedentes patológicos personales: nos permite identificar diferentes procesos patológico, alérgicos e intervenciones quirúrgicas que el paciente haya sufrido anteriormente.

Antecedentes familiares: es un punto importante dentro de la historia clínica porque brinda información sobre las enfermedades padecidas en su familia permitiendo colaborar con el diagnóstico del paciente.

Signos y síntomas: son datos subjetivos y objetivos presentes en el paciente que nos permiten llegar al diagnóstico.

Enfermedad actual: es la enfermedad identificada en el paciente de acuerdo a los signos y síntomas referidos inicialmente.

Evolución clínica: es un registro detallado sobre el progreso del paciente durante su estancia hospitalaria.

Exámenes laboratorio: conjuntamente con la historia clínica y el examen físico permite confirmar el diagnóstico.

Tratamiento: es un conjunto de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas que tiene como finalidad el alivio o curación del paciente.

Pronóstico: es la probabilidad de que ocurran determinados eventos durante la evolución de la enfermedad en términos estadísticos.

Proceso de atención de enfermería: es la aplicación del método científico a la práctica enfermera que permite la ejecución de actividades de forma ordenada y sistemática

3.3.1. ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

Esta investigación cumple con los principios de:

Confidencialidad: el presente análisis de caso expone la información más relevante sobre el paciente omitiendo el nombre del mismo.

Beneficencia: permite elaborar un plan de cuidados de enfermería que ayudará a brindar una mejor atención a los pacientes que presentan derrame pleural cirrótico.

No maleficencia: la información obtenida respeta la privacidad del paciente y evita exponer datos que puedan perjudicar a la paciente y a sus familiares.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

4.1.1 Datos de filiación:

Nombre del paciente: NN

Edad: 57 años

Fecha de Nacimiento: 31/10/1960

Fecha de ingreso a hospitalización: 13/12/2017 **Hora:** 11:45 am

HC: 459737

MOTIVO DE CONSULTA

Disnea de medianos esfuerzos

Astenia

Ascitis

Edema en miembros inferiores

Eliminación de líquido pleural seroso a nivel de toracocentesis

ANTECEDENTES PERSONALES

Cirrosis hepática diagnosticada desde hace dos años con tratamiento de furosemida 1 tableta 40 mg Vía Oral y Espironolactona 1 tableta 100 mg Vía Oral, hipertensión arterial desde hace dos años con tratamiento y enfermedad renal crónica diagnosticada desde hace 20 días.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre Diabética

Padre fallecido con cirrosis hepática con varices esofágicas

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente femenino de 57 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática más hipertensión arterial más enfermedad renal crónica, acude a esta casa de salud con cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por astenia, disnea de medianos esfuerzos, con eliminación de líquido pleural seroso en moderada cantidad a nivel de

herida de toracentesis, evidenciándose distensión abdominal y edema en miembros inferiores.

CONSTANTES VITALES

Temperatura: 36.5 °C

Tensión arterial: 90/55 mmHg

Frecuencia cardíaca: 110 x'

Frecuencia respiratoria: 34x'

Saturación de O2: 90%

EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO

- **Piel:** pálida, normotérmica
- **Cabeza:** normocefalica
- **Ojos:** pupilas ictéricas
- **Nariz:** fosas nasales permeables
- **Boca:** mucosas orales secas
- **Cuello:** móvil, simétrico, sin adenopatías visibles o palpables
- **Tórax:** simétrico, presencia de herida de toracocentesis con eliminación de líquido seroso en moderada cantidad a nivel de puntos de sutura en hemitórax derecho.
- **Pulmones:** Campos hipoventilados en hemitórax derecho.
- **Abdomen:** Globuloso, distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos
- **Extremidades:** miembros inferiores con presencia de edema
- **Neurológico:** Paciente conciente, orientada en tiempo espacio y persona

DIAGNÓSTICO DE INGRESO AL ÁREA DE EMERGENCIA:

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Cirrosis hepática
- Derrame pleural
- Fallo renal

PLAN DE TRATAMIENTO

- Nada por vía oral
- Monitoreo continuo
- Control de peso diario

- Control de diuresis estricta
- Cloruro de sodio al 0,9% 250cc vía intravenosa en 24 horas

EXÁMENES REALIZADOS AL INGRESO AL ÁREA DE EMERGENCIA

Biometría Hemática Completa

- **Hb:** 7.7mg/dl
- **Hto:** 21.9%
- **Plaquetas:** 49.00*10.3/ul
- **PT:** 17.1 segundos
- **PTT:** 35.3 segundos
- **Glucosa:** 131 mg/dl
- **Urea:** 144.8 mg/dl
- **Creatinina:** 3.47 mg/dl
- **Proteína:** 5.69
- **Albúmina:** 2.57 g/dl
- **TGO:** 70 UI/L **TGP:** 42 UI/L
- **Bilirrubina Total:** 4.44 mg/dl
- **Sodio:** 127 mEq/l
- **Potasio:** 4.3 mEq/l
- **Cloro:** 105 mEq/l
- **Amilasa:** 99 UI/L
- **Lipasa:** 100 UI/L

Gasometría:

- PH: 7.37
- PO2: 101.5

Escalas:

- Child-Pugh: C
- 12 puntos
- Supervivencia 1 año 45%, 2 año 35%

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Omeprazol ampolla 40 mg vía intravenosa c/8h.

Furosemida ampolla 40 mg vía intravenosa c/8h.

Albúmina sérica humana 20% 1 ampolla c/12h
Propranolol 1 tableta 20mg Vía Oral cada día
Ceftriaxona ampolla 1g vía intravenosa c/12h
N-acetilsisteina ampolla 300mg vía intravenosa c/8h
Lactulosa solución oral 20ml Vía Oral c/8h
Fitomenadiona ampolla 10mg vía intravenosa c/12h
Bicarbonato de sodio 8.4% 4 ampollas vía intravenosa c/8h
Plaquetas 6 unidades vía intravenosa stad
Ciprofloxacina ampolla 100mg vía intravenosa c/12h.

REPORTE DE INGRESO AL ÁREA DE EMERGENCIA

Paciente de 57 años de edad de sexo femenino con antecedentes de cirrosis hepática más hipertensión arterial más enfermedad renal crónica ingresa al área de emergencia en compañía de su familiar, conciente, orientada en tiempo espacio y persona con facies pálidas, disnea a medianos esfuerzos, mucosas orales secas, tórax simétrico con presencia de herida de toracocentesis eliminando líquido seroso en moderada cantidad, cubierta con apósito, se evidencia distensión abdominal y edema en miembros inferiores.

REPORTES DE ENFERMERÍA Y EVOLUCIONES.

14 de Diciembre del 2017: Paciente femenino de 57 años de edad ingresa al área de medicina interna con Dx de Cirrosis hepática más derrame pleural más síndrome de dificultad respiratoria, al momento paciente conciente, orientada en tiempo espacio y persona con facies pálidas, respiraciones a medianos esfuerzos, mucosas orales secas, tórax simétrico con presencia de herida de Toracocentesis eliminando líquido seroso, cubierta con apósito, abdomen distendido, evidenciándose edema en miembros inferiores.

Del 15 al 24 de diciembre del 2017: Paciente femenino de 57 años de edad durante los turnos se mantiene tranquila, consciente, orientada en tiempo espacio y persona, afebril, asintomática, recibiendo oxígeno a 2 litros por cánula nasal, con signos vitales dentro de los parámetros normales, continuando con tratamiento indicado.

25 de diciembre del 2017 al 15 de enero del 2018: Paciente femenino de 57 años de edad durante los turnos se mantiene intranquila, quejumbrosa, refiriendo dolor a nivel

torácico que no disminuye ante la administración de analgésicos, se observa anasarca, mucosas orales secas, recibiendo oxígeno a 4 litros por cánula nasal, con presencia de ascitis.

16 de enero del 2018: Paciente femenino de 57 años de edad permanece hemodinámicamente inestable. Fallece a las 17h00 de la tarde al sufrir parada cardio-respiratoria, no se realiza maniobra de reanimación por petición de familiar.

DISCUSIÓN

La cirrosis es el estadio final de las enfermedades hepáticas crónicamente progresivas, fisiopatológicamente es una consecuencia de un proceso de necrosis continua de los hepatocitos con destrucción del parénquima hepático, desarrollando durante su fase descompensada derrame pleural o hidrotórax hepático y afectando aproximadamente al 6% de estos pacientes, asociando aproximadamente el 80 % de los casos con ascitis (21).

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino con antecedentes de cirrosis hepática que acude al área de emergencia del hospital general Teófilo Dávila presentando astenia, disnea de medianos esfuerzos, ascitis y edema de miembros inferiores siendo diagnosticada al momento de su ingreso con derrame pleural. Toro Rendón et al (2013), en su estudio señala que los pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal poseen una regulación anormal del volumen de líquido extracelular el mismo que se acumula en la cavidad abdominal, dando como resultado el desarrollo de ascitis y edema en las extremidades inferiores además de presentar otros síntomas respiratorios tales como: tos no productiva, disnea, dolor torácico de tipo pleurítico y fatiga ocasionada por la hipoxemia (11), por otra parte Mejía (2014) en sus estudio realizado en México indica que los signos y síntomas pueden variar dependiendo de la causa subyacente pero, la disnea, tos y el dolor pleurítico son los más frecuentes (19). Como se puede constatar en el caso analizado junto con los estudios encontrados concuerdan que los signos y síntomas característicos de un paciente cirrótico y que conlleva a un derrame pleural son: ascitis, edema en miembros inferiores, disnea y dolor torácico.

Durante la permanencia hospitalaria la paciente sufre una descompensación drástica en cuanto a su salud encontrándose hemodinámicamente inestable presentando anasarca, ictericia, dificultad respiratoria necesitando soporte de oxígeno a 4 litros por cánula nasal, dolor torácico tipo pleurítico, ascitis y astenia generalizada. En estudios realizado por Magaly Aceves (2014), indica que la cirrosis constituye el estadio final de cualquier patología crónica hepática y durante su evolución presenta una etapa compensada sin síntomas de riesgo, y luego pasa por una etapa de descompensación con manifestaciones clínicas como: ictericia, ascitis, disnea, hipertensión portal

gastrointestinal y sangrado de várices esofágicas indicando la transición de la compensación a la descompensación teniendo una tasa de sobrevivencia de aproximadamente de 5 a 7% por año (1). La sintomatología que menciona Magaly Aceves (2014) en su estudio, comparada con la sintomatología que se presenta en el estudio de caso, indica que la paciente pasa a una fase de descompensación teniendo un pronóstico desfavorable.

En cuanto al tratamiento Toro Rendón et al (2013), menciona en su estudio que el manejo del hidrotórax hepático así como también en el de la ascitis, el objetivo es lograr un balance negativo de sodio y que ello se logra mediante intervenciones dietéticas y farmacológicas, requiriendo la mayoría de los pacientes el uso de diuréticos como la furosemida o espironolactona. También manifiesta que la toracocentesis terapéutica es relativamente segura y mejora inmediatamente los síntomas respiratorios, Sin embargo, si no se trata la ascitis subyacente, el hidrotórax tiende a reaccumularse (11). En el estudio de caso presentado la paciente inicia tratamiento con control de diuresis estricta, restricción de líquido y diuréticos como furosemida para el manejo de la ascitis, en su estancia hospitalaria es tratada con antibióticos, albúmina humana debido a la hipoalbuminemia que refleja en los exámenes de laboratorio.

En relación a los exámenes de laboratorio y estudios complementarios, en el hemograma realizado a la paciente se refleja hipoalbuminemia con 2.57 g/dl, bilirrubina total: 4.44mg/dl, bilirrubina directa: 3.34mg/dl, bilirrubina indirecta: 1.10mg/dl, tiempo de protrombina 17.10 seg e INR 1.61; en la ecografía abdominal y en la ecografía de tórax se evidencia presencia de líquido libre en cavidad pleural derecha con un volumen aproximado de 639 ml; es así que se compara con el estudio realizado por Toro et al (2013) quienes señalan que el hidrotórax hepático se define como la acumulación anormal de líquido mayor a 500 ml y que además presenta eventos comunes como hipoalbuminemia, aumento en el flujo de líquido y presión elevada en el conducto torácico (11), por otro lado Del Valle Díaz y colaboradores (2014) en su estudio señalan que la presencia de ascitis moderada, bilirrubina total mayor a 3mg/dl, albúmina menor a 2.8g/dl E INR mayor a 2.3 indican que se trata de una cirrosis en fase descompensada según los criterios de la escala Child Pugh (33); es decir que los resultados obtenidos en el presente concuerdan con los resultados obtenidos en investigaciones anteriores.

Por otra parte, con respecto al pronóstico, según la valoración de la escala de Child-Pugh la paciente de estudio se encuentra en la categoría B - C con una puntuación de 9 a 12 puntos; y, según Prieto y colaboradores (2016) en su estudio señalan que la escala de Child- Pugh es una herramienta de clasificación que ayuda a pronosticar la supervivencia y severidad de un paciente con enfermedad hepática y establece las siguientes clases: A enfermedad compensada, B daño funcional significativo y C que ya implica una enfermedad descompensada con un alto índice de mortalidad (21); por lo tanto de acuerdo a los criterios de la escala mencionada anteriormente y según el resultado obtenido, la paciente se encuentra con un alto pronóstico de mortalidad puesto que ya se trata de una cirrosis que va de un daño significativo a la descompensación.

Inmaculada Gómez Villegas et al (2016) en su artículo menciona que la función primordial de la enfermera/o es cuidar del paciente y la comunidad como profesional independiente que forma parte de un equipo multidisciplinar (34). Por otra parte un estudio realizado por Paula Andrea Duque (2014) señala que Según Alfaro el Proceso de Atención de Enfermería es importante porque encamina al personal de enfermería hacia un pensamiento crítico y flexible y que este proceso se plantea para proveer bienestar, detectar oportunamente la enfermedad y mantener o restaurar la salud del individuo, así como, proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo a las necesidades y respuestas humanas (35). Mientras que Jara Sanabria y Lizano Pérez (2016), indica que el proceso de atención de enfermería es un método que promueve una asistencia reflexiva, individualizada y dirigida a los resultados (36).

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los pacientes que padecen derrame pleural cirrótico, se elaboran planes de cuidados basados en los patrones funcionales que se encuentren alterados por medio de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

CONCLUSIONES

Las características generales de la enfermedad mediante la fundamentación científica, establece que el derrame pleural cirrótico o hidrotórax hepático es el paso del líquido ascítico a la cavidad pleural como consecuencia de defectos presentes en el diafragma, predominando en hemitórax derecho siendo una complicación poco frecuente de la cirrosis hepática en su fase descompensada; en el caso analizado la paciente presentó signos y síntomas característicos del derrame pleural cirrótico como disnea, ascitis, y edema en miembros inferiores y en la fase avanzada de la enfermedad presentó anasarca dolor pleurítico e ictericia; La ecografía de tórax mostró derrame pleural derecho, cirrosis y ascitis, mientras que en los exámenes de laboratorio realizados durante su estancia hospitalaria evidenció resultados como albúmina < 3.50 g/dl y bilirrubina total > 1.10 mg/dl. Paciente fallece a los 33 días de hospitalización tras sufrir una parada cardiorrespiratoria.

Con respecto a la evolución de un paciente con cirrosis hepática como enfermedad crónica, si ésta es tratada adecuadamente y manteniéndose en la fase compensada su pronóstico de vida es favorable, pero si el paciente que padece de dicha patología no mantiene un control adecuado, sus síntomas pueden agravarse pasando a una fase de descompensación desarrollando complicaciones graves, siendo el hidrotórax hepático una de ellas y con pronóstico desfavorable debido a su gravedad.

Los planes de cuidados de enfermería elaborados están basados en la teoría de Marjory Gordon y enfocados a pacientes con derrame pleural cirrótico, identificando en el estudio de caso los patrones funcionales alterados como: Percepción/ Manejo de la salud, Nutricional/Metabólico, Actividad/Ejercicio y Cognitivo/Perceptivo; los mismos que están orientados al alivio de los síntomas y sobre todo a brindar una calidad de vida aceptable.

RECOMENDACIONES

Realizar nuevos abordajes investigativos y profundizar conocimientos sobre el hidrotórax hepático como una complicación poco frecuente de la cirrosis hepática en su etapa avanzada.

Brindar educación al paciente cirrótico por parte del equipo multidisciplinar, sobre la fase por la que pasa su patología y la gravedad de la misma.

Identificar mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC los patrones funcionales que se encuentran alterados en pacientes con derrame pleural cirrótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aceves Martins M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Scielo. 2014.
2. Vasquez Rodriguez JF, Yugarki J, Rada Escobar R. Compromiso pulmonar en la enfermedad hepática: Una actualización. Revista Médica Scielo. 2017.
3. Surani S, Mendez Y, Anjum H, Varon J. Complicaciones pulmonares de enfermedades hepáticas. World J gastroenterol. 2016 Julio.
4. Censos INdEy. Registro Estadístico de Nacidos vivos y defunciones 2016. [Online].; 2016. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf.
5. Recuerdo Diaz JL. Derrame pleural. Medicina respiratoria. 2017 Abril;: p. 47-80.
6. López P, Mainardi V, Kierszenbaum M, Alonso J. Hidrotórax hepático: cuando la evolución es la evidencia. Revista Médica Scielo. 2012 Marzo .
7. Audain Gordon TD, Revé Audain M, Tamayo Audain Y, Díaz Nordet JC. Derrame pleural: diagnóstico y terapéutica. Revista Información Científica. 2014 Mayo.
8. Machiao V, balakrishnan M, Fallon M. Complicaciones pulmonares en la hepatopatía crónica. AASLD. 2013 Octubre .
9. Mejía Olivares B, Valdez López H, Martínez Delgado I, Guzmán Delgado N, Castillo Sánchez J, Pinto Arocha A, et al. Etiología y prevalencia del derrame pleural en la UMAE. Medigraphic. 2013.
10. Cayotopa Tafur F, Horna Diaz C, Díaz Vélez C, López Díaz J. Características epidemiológicas, clínicas y de ayuda diagnóstica en pacientes con derrame pleural. Lambayeque. Perú 2010 - 2014. Dialnet. 2017.
11. Toro Rendon LG, Correa Gutierrez E, Mcewen O, Marín Zuluaga JI, Álvarez Vallejo S, Germán Muñoz O, et al. Hidrotórax hepático. Reporte de caso y revisión de la literatura. Redalyc. 2013.
- 12 Arouca S. La historia natural de las enfermedades. Revista Médica Scielo. 2018.

13. Herrera Fernández F. Historia natural de 78 enfermedades: Manual gráfico México: Editorial el Manual Moderno; 2016.
14. Martínez Sarmiento A, Valdivia Rodríguez F, Cárdenas Quintana M. Principales factores de riesgo presentes en pacientes con cirrosis hepática en. Medigraphic. 2013.
15. Cruz Hernández ZD, Samada Suárez M, Hernández Perera JC, Rodríguez Rodríguez H, Pérez González T, Barroso Márquez L. Evolución de los pacientes con cirrosis hepática compensada. INFOMED: Investigaciones Médico quirúrgicas. 2018;: p. 22-35.
16. Rodríguez Diéguez M, Mulet Pérez A, Miranda Moles Z, Pérez Berlanga A, Pullés Labadié M, Menéndez García E. Valor del examen físico en el diagnóstico de la ascitis, hepatomegalia e ictericia en pacientes con cirrosis hepática. Revista Médica Scielo. 2014.
17. Arrieta González MT. Derrame pleural en Radiología. Revista Médica Sinergia. 2017.
18. Malpica Castillo A, Ticse R, Salazar Quiñones M, Cheng Zárate L, Valenzuela Granados V, Mercado Tenorio J. Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima, Perú. Scielo. 2013.
19. Mejía Olivares B. Manifestaciones clínicas y radiológicas del derrame pleural en la UMAE No. 34 Monterrey, Nuevo León, México. Scielo. 2014.
20. Gómez Peire F, Abdo Cuza A, Castellanos Gutiérrez R, Espinosa Martín N, Leal Alpizar G, Díaz Piloto G. Complicaciones respiratorias en pacientes con trasplante hepático. Infomed. 2015.
21. Prieto O JE, Sánchez P. S, Prieto O RG, Rojas D. EL. Características clínicas y descompensación en pacientes con cirrosis hepática atendidos en dos centros de hepatología en la ciudad de Bogotá D.C., 2010-2014. Redalyc. 2016.
22. Morales Murillo J, Narváez Porras O, Salazar Lezama MA. Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2016. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/243GER.pdf>.

23. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez J, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Archivos de bronconeumología. 2014;: p. 209-262.
24. Valenzuela Granados V, Salazar-Quiñones M, Cheng-Zárate L, Malpica-Castillo A, Huerta Mercado J, Ticse R. Comparación del valor pronóstico de mortalidad del Score Child Pugh y los modelos de pronóstico de enfermedad hepática crónica en pacientes con cirrosis hepática descompensada del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. Scielo. 2015.
25. Sanhueza E, Contreras J, Zapata R, Sanhueza M, Elgueta F, López C, et al. Evaluación comparativa entre MELD y Child-Pugh como escalas pronósticas de sobrevida en pacientes con cirrosis hepática en Chile. Scielo. 2017.
26. Pérez Bada E, Rodríguez Antelo R, Marín Torres M, Ruíz Martínez M, Bermúdez Martín L, Rodríguez Niebla G. Caracterización del Derrame Pleural en el Servicio de Medicina Interna. Revista médica centro. 2013.
27. Sánchez D, Guerrero C, Varon F. Fundacion Neumologica Colombiana. [Online].; 2016. Available from: https://www.neumologica.org/sites/default/files/pdf/perspectiva_neumologica/PN-VOL-18-1-04-2016.pdf.
28. Alcalde Parcés P, Vera Remartínez EJ. Scielo. [Online].; 2014. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202014000100001&script=sci_arttext&tlng=en.
29. Vivar C, McQueen A, Dorothy W, Armayor N. Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación*. Scielo. 2013.
30. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Chi Ceballos M, Calderin Lores IA, Rodríguez Llanes YA. Método clínico. Algunos aspectos esenciales de sus etapas. INFOMED Revista de información científica. 2014.
31. Abreu JL. El método de la investigación. International Journal of Good Conscience. 2014.
32. Maya E. Metodos y tecnicas de investigacion Mexico; 2014.

- 33.**Del Valle Díaz S, León Columbié A, Piñera Martínez M, Romero García LI. Evaluación nutricional de pacientes con cirrosis hepática. MEDISAN. 2014;; p. 1165-1172.
- 34.**Gómez Villegas I, García España F, López del Pino D, Ruíz Pérez B. El Proceso Enfermero como herramienta de cuidados. Su aplicación en un equipo de Enfermería de Farmacia Hospitalaria. Scielo. 2016.
- 35.**Duque PA. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Scielo. 2014 junio .
- 36.**Jara Sanabria F, Lizano Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Scielo. 2016 Diciembre .

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad, Pertinencia y Calidez

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA:

ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-UACQS-CCEF-2018-0797-OF

Machala, 30 de noviembre de 2018

Señor Doctor
JAVIER ORELLANA CEDEÑO
Director Médico-Asistencial
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, a la vez deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice a quien corresponda brindar el acceso de las Historia Clínica N° **453737** de un paciente con diagnóstico de **DERRAME PLEURAL MÁS DIFICULTAD RESPIRATORIA**, a las estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el análisis de caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Lcda. Jenette Eras Carranza, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es "**DERRAME PLEURAL CIRRÓTICO Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**". Las estudiantes de la Carrera de Enfermería, que acudirá son:

- Barzueña Zambrano Tania Andrea (C.I. 0706707148)
- Preciado Méndez Evelyn Gabriela (C.I. 0803419761)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

Lcda. SANDRA FALCONI PELAEZ
Coordinadora de la Carrera de Enfermería

C.I. 0704840867

fsandra@utmachala.edu.ec

SFP



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA
SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO POR:
Nombre: Hilda Macas
Fecha: 06-12-2018
Hora: 10:45 No. Hojas: 1

1/1

TABLA N° 1 RESULTADOS DE LABORATORIO

FECHA	RESULTADOS DE LABORATORIO
13-12-2017	Hemoglobina: 7.7mg/dl Hematocrito: 21.9 % Plaquetas: 49.00 *10.3/ul PT: 17.1 segundos PTT: 35.3 segundos INR: 1.61 Glucosa: 131 mg/dl Urea: 144.8 mg/dl Creatinina: 3.47mg/dl Proteína: 5.69 Albúmina: 2.57g/dl TGO: 70 UI/L TGP: 42 UI/L Bilirrubina Total: 4.44 mg/dl Sodio: 127 mEq/l Potasio: 4.3mEq/l Cloro: 105 mEq/l Amilasa: 99 UI/L Lipasa: 100 UI/L Escalas: Child-Pugh: C 12 puntos Supervivencia 1 año 45%, 2 año 35%
24-12-2017	Glóbulos blancos: 13.46 *10.3/ul Glóbulos rojos: 3.29 *10.3/ul Hemoglobina: 10.6 mg/dl Hematocrito: 31.10% Plaquetas: 57.00 *10.3/ul Albúmina: 2.86 g/dl
15-01-2018	Glóbulos blancos: 8.41 *10.3/ul Glóbulos rojos: 2.57 *10.3/ul Hemoglobina: 7.90 mg/dl Hematocrito: 26.30% Plaquetas: 59.00 *10.3/ul Albúmina: 2.86 g/dl Urea: 109.60 mg/dl Creatinina: 1.96 mg/dl
16-01-2018	Glóbulos blancos: 8.15 *10.3/ul Glóbulos rojos: 3.29 *10.3/ul Hemoglobina: 10 mg/dl Hematocrito: 32.80% Plaquetas: 84.00 *10.3/ul TP: 20 segundos INR: 1.90 TPT: 47 segundos

Tabla 1 Resultados de laboratorio FUENTE: Historia clínica Hospital General Teófilo Dávila

TABLA N°2 RESUMEN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

FECHA	TRATAMIENTO APLICADO
13-12-2017	nada por vía oral, monitoreo continuo, control de diuresis, cloruro de sodio 0.9% pasar a 250 ml en 24 horas - FUROSEMIDA 40 MG IV CADA 8 H- OMEPRAZOL 40 MG IV CADA DIA - N ACETILCISTEINA 300MG IV CADA 8H - CEFTRIAZONA 1GR IV CADA 12H- PROPANOLOL 20MG VO CADA DIA - COMPLEJO B 5ML IV CADA DIA - FITOMENODIONA 10MG IV CADA 12H - BICARBONATO DE SODIO 4 AMPOLLAS IV CADA 8H - ALBUMINA HUMANA AL 20% 1 FRASCO IV CADA 12H
14-12-2017 24-12-2017	S.S AL 0.9% 1000ML MAS 20MG DE SOLETROL Na PASAR A 40ML/h - FUROSEMIDA 40MG IV CADA 8H - S.S AL 0.9% 100ML MAS 50MG TRAMADOL MAS 10MG METOCLOPAMIDA IV CADA 8 HORAS - OMEPRAZOL 40 MG IV CADA DIA - CIPROFLOXACINO 500 MG IV CADA 12H - ALBUMINA HUMANA 1 FRASCO CADA 12 H - PROPANOLOL 20 MG VO CADA DIA - CEFTRIAZONA 1GR IV CADA 12 H - N ACETILCISTEINA 300MG IV CADA 8 H- ESPIRONOLACTONA 100MG VO CADA DIA FITOMENODIONA 10 MG IV CADA 12H - BICARBONATO DE SODIO 4 AMPOLLAS CADA 8 H
25-12-2017 16-01-2018	S.S al 0.9% 1000 ml más 20 ml de soletrol Na pasar a 40 ml/h - S.S AL 0.9% MAS 80MG MAS 10 MG METOCLOPAMIDA PASAR IV CADA 8 H - AMOXICILINA MAS ACIDO CLAVULANICO 1.2 GR IV CADA 12 H - OMEPRAZOL 40 mg IV CADA DIA - ALBUMINA 20% 1 FRASCO IV CADA 12 H - FITOMENODIONA 10MG IV CADA 8H - HIERRO 100MG DILUIDO EN 100 ML IV CADA DIA - BICARBONATO DE SODIO 4 AMPOLLAS IV CADA 8 H- FUROSEMIDA 40 MG CADA 8H PROPANOLOL 40 MG VO CADA DÍA - ESPIRONOLACTONA 100MG VO CADA 12H 16-01-2018 (17h00) paciente fallece

Tabla 2 Tratamiento Farmacológico FUENTE: Historia Clínica Hospital General Teófilo Dávila

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON HIDROTÓRAX HEPÁTICO				
Dominio: 2 Nutrición		Clase: 5 Hidratación		
Diagnóstico de Enfermería	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) [00026] Exceso de volumen de líquidos</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que se presenta aumento de la retención de líquidos corporales isotónicos y edemas</p> <p>PATRÓN AFECTADO: 2 Nutricional - Metabólico</p>	<p>[0600]</p> <p>Equilibrio electrolítico y ácido base</p>	<p>[060003]</p> <p>Frecuencia respiratoria</p>	<p>[2080] Manejo de líquidos y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los signos vitales - Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado - Mantener la solución intravenosa que contiene los electrolitos a un nivel de flujo constante - Monitorizar el estado hemodinámico PVC, PAM según disponibilidad 	<p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno <p>Indicador Valor escala 2 sustancialmente comprometido</p>
<p>FACTOR RELACIONADO Compromiso de los mecanismos reguladores</p>				
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Ascitis y edema en extremidades inferiores.</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON HIDROTÓRAX HEPÁTICO				
Dominio: 4 Actividad/ Reposo		Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ respiratorias		
Diagnóstico de Enfermería	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) [00032] patrón respiratorio ineficaz</p> <p>DEFINICIÓN: Alteración de la inspiración o de la espiración que imposibilita una ventilación adecuada.</p> <p>PATRÓN AFECTADO: 4 Actividad - Ejercicio</p>	<p>[00802] estado de los signos vitales</p>	<p>[080204] Frecuencia respiratoria</p>	<p>[3320] Oxigenoterapia - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas - administrar oxígeno suplementario - controlar la eficacia de la oxigenoterapia (saturación de O2)</p> <p>[3350] Monitorización respiratoria - Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones - Auscultar los ruidos respiratorios teniendo en cuenta las áreas de ventilación y presencia de sonidos adventicios - Anotar el movimiento torácico, observando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales</p>	<p>Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>Indicador Valor escala 2 sustancialmente comprometido</p>
<p>FACTOR RELACIONADO Trastorno respiratorio</p>				
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Disnea</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON HIDROTÓRAX HEPÁTICO				
Dominio: 4 Actividad/ Reposo		Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ respiratorias		
Diagnóstico de Enfermería	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) [00033] deterioro de la respiración espontánea</p> <p>DEFINICIÓN: Estado que se caracteriza por la incapacidad para sostener la respiración adecuada.</p> <p>PATRÓN AFECTADO: 4 Actividad - Ejercicio</p>	[00802] Estado de los signos vitales	[080204] Frecuencia respiratoria	<p>[3140] Manejo de las vías</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno complementario - Administrar broncodilatadores, si procede - colocar al paciente en posición semifowler que permita potenciar la respiración - Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación <p>[6680] Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíaca y respiratoria y la oximetría del pulso - Observar si se producen esquemas respiratorios anormales. 	<p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno <p>Indicador Valor escala 2 desviación sustancial del rango normal</p>
<p>FACTOR RELACIONADO Trastorno respiratorio</p>				
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS Disnea</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON HIDROTÓRAX HEPÁTICO				
Dominio: 11 Seguridad / Protección		Clase: 1 Infección		
Diagnóstico de Enfermería	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) [00004] Riesgo de infección</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que el individuo presenta riesgo elevado de ser inválido por agentes infecciosos patógenos.</p> <p>PATRÓN AFECTADO: 1 Percepción / Manejo de la salud</p>	<p>[01908] Detección del riesgo.</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones encaminadas a identificar amenazas para la salud.</p>	<p>[070204] Temperatura corporal.</p>	<p>[6550] Protección contra infecciones -Inspeccionar el estado herida quirúrgica. -Mantener normas de asepsia para el paciente en riesgo -Proporcionar cuidados adecuados en zonas edematosas</p> <p>[3440] Cuidados del sitio de incisión -Observar si hay signos y síntomas de infección. -Mantener la zona cubierta con apósito.</p>	<p>Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>Indicador Valor escala 2 desviación sustancial del rango normal</p>
<p>FACTOR RELACIONADO Procedimientos invasivos</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON HIDROTÓRAX HEPÁTICO				
Dominio: 12 Confort		Clase: 1 Confort físico		
Diagnóstico de Enfermería	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>ETIQUETA (PROBLEMA) [00132] Dolor agudo.</p> <p>DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave.</p> <p>PATRÓN AFECTADO: 6 Cognitivo / Perceptivo</p>	<p>[1605] Control del dolor.</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones dirigidas para controlar el dolor.</p> <p>2102] Nivel de dolor.</p> <p>DEFINICIÓN: Intensidad del dolor referido o manifestado</p>	<p>[160507] Refiere síntomas al profesional sanitario</p> <p>[210206] Expresiones faciales de dolor</p>	<p>[1400] Manejo del dolor -Explorar en el paciente factores que alivian o empeoran el dolor. -Eliminar los factores que exacerban el dolor. -Seleccionar medidas que faciliten el alivio del dolor.</p> <p>[2210] Administración de analgésicos -Comprobar el historial de alergias de los pacientes. -Elegir el analgésico adecuado cuando se prescriba más de uno. -Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.</p>	<p>Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p> <p>Indicador Valor escala 2 desviación sustancial del rango normal</p>
<p>FACTOR RELACIONADO Agentes lesivos (biológicos)</p>				
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS -Informe verbal o codificado</p>				