



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
CIRROSIS HEPÁTICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON

SARAGURO CEDILLO JULIA CECILIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VALENCIA DAVILA ROLANDO FELIPE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
CIRROSIS HEPÁTICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON

SARAGURO CEDILLO JULIA CECILIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VALENCIA DAVILA ROLANDO FELIPE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CIRROSIS
HEPÁTICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

SARAGURO CEDILLO JULIA CECILIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VALENCIA DAVILA ROLANDO FELIPE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ANA SUCONOTA PINTADO

MACHALA, 05 DE NOVIEMBRE DE 2020

MACHALA
2020

titulacion

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.utmachala.edu.ec

Fuente de Internet

4%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 120 words

Excluir bibliografía

Apagado

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

Los que suscriben, SARAGURO CEDILLO JULIA CECILIA y VALENCIA DAVILA ROLANDO FELIPE, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON, 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.

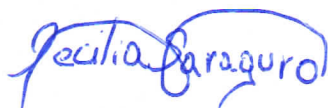
Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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.

Los autores 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, 05 de noviembre de 2020



SARAGURO CEDILLO JULIA CECILIA
0705397941



VALENCIA DAVILA ROLANDO FELIPE
0704789734

RESUMEN

Introducción: La cirrosis es una enfermedad que se caracteriza por la aparición sucesiva de lesiones en el parénquima hepático y la formación de tejido fibrótico cuyo pronóstico es definido por el grado de insuficiencia hepática y las complicaciones presentes al momento de realizar el diagnóstico. A nivel mundial la cirrosis hepática se posiciona dentro de las primeras diez causas de muerte, en el Ecuador en el año 2014, ocupa el séptimo lugar con 2038 defunciones y una tasa de mortalidad anual de 12,72% por cada 10mil habitantes.

Presentación del caso: Paciente de 78 años de edad con diagnóstico de Cirrosis Hepática residente del Barrio Cristo de Consuelo del Cantón Santa Rosa Provincia de El Oro con antecedentes patológicos personales de hipertensión portal, ascitis y carcinoma epidermoide queratinizante más varices gastroesofágicas acude al área de emergencia del hospital Santa Teresita acompañada de familiar por presentar hematemesis y melenas a su ingreso Signos vitales: Presión arterial: 120/60 Frecuencia cardíaca: 86x' Frecuencia respiratoria: 18 x' Temperatura: 36.6 °C Peso: 42.5 kg Talla: 133 cm Escala de Glasgow: 15/15. Antecedentes patológicos: paciente fumadora y bebedora social en su juventud, madre fallecida por cirrosis, hija diabética.

Objetivo: Elaborar plan de atención de enfermería en paciente con Cirrosis Hepática, aplicando el modelo de Virginia Henderson de tal manera que contribuya a mejorar las condiciones de vida del paciente.

Método: investigación de tipo cualitativo y analítico desarrollado en el Hospital Básico Santa Teresita basada en la Historia Clínica y apoyada en artículos científicos, teniendo en cuenta aspectos éticos legales como: consentimiento informado, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, y el respeto hacia las personas en el ámbito de la investigación y práctica clínica.

Resultados: Paciente diagnosticada hace 4 años en consultorio particular mediante ecografía abdominal con cirrosis hepática en estadio 3 en donde se observó irregularidades del contorno hepático más presencia de ascitis; el día 26 de julio del 2020 acude al área de emergencia del hospital Santa Teresita por presentar hematemesis, y

melenas por una ocasión hace aproximadamente 2 horas, mediante la valoración de la escala de Child Pugh para pacientes cirróticos se obtiene una puntuación de 9 por lo que se confirma que la paciente presenta cirrosis hepática grado B lo cual indica que existe compromiso significativo debido a la enfermedad y a las complicaciones presentes como la hemorragia digestiva alta. Durante su estancia hospitalaria la paciente se mantiene estable, por gastroscopia se evidencia la presencia de varices esofágicas grado III, con puntos rojos, hematoquísticos y se procede a realizar ligadura sin complicaciones por dos ocasiones. A los 11 días de hospitalización paciente es dada de alta para seguir con tratamiento médico en casa.

Conclusión: La cirrosis hepática es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, sobre todo si se llega a una fase descompensada en la cual se requieren tratamientos más avanzados y de mayor cuidado, la aplicación de los cuidados de enfermería de forma individual es esencial para lograr la adaptación del paciente y mejorar su condición de vida en el aspecto emocional y afectivo.

PALABRAS CLAVES: Cirrosis hepática, Hemorragia digestiva alta, Proceso de atención de enfermería, Modelo de Virginia Henderson

ABSTRACT

Introduction: Cirrhosis is a disease characterized by the successive appearance of lesions in the liver parenchyma and the formation of fibrotic tissue whose prognosis is defined by the degree of liver failure and the complications present at the time of diagnosis. Worldwide, liver cirrhosis ranks among the top ten causes of death, in Ecuador in 2014, it ranked seventh with 2,038 deaths and an annual mortality rate of 12.72% per 10 thousand inhabitants.

Case presentation: 78-year-old patient with a diagnosis of Hepatic Cirrhosis resident of Barrio Cristo de Consuelo of Cantón Santa Rosa Province of El Oro with a personal pathological history of portal hypertension, ascites and keratinizing squamous cell carcinoma plus gastroesophageal varices goes to the emergency area of the Hospital Santa Teresita accompanied by a family member for presenting hematemesis and melena upon admission Vital signs: Blood pressure: 120/60 Heart rate: 86x Respiratory rate: 18 x' Temperature: 36.6 °C Weight: 42.5 kg Height: 133 cm Glasgow scale: 15/15. Pathological antecedents: a smoker and a social drinker in his youth, a mother who died from cirrhosis, a diabetic daughter.

Objective: To develop a nursing care plan for patients with liver cirrhosis, applying Virginia Henderson's model in such a way that it contributes to improving the patient's living conditions.

Method: Qualitative and analytical research developed at the Santa Teresita Basic Hospital based on the Clinical History and supported by scientific articles, taking into account legal ethical aspects such as: informed consent, the bioethical principles of autonomy, beneficence and non-maleficence, and the respect for people in the field of research and clinical practice.

Results: Patient diagnosed 4 years ago in a private office by abdominal ultrasound with stage 3 liver cirrhosis where irregularities in the liver contour plus the presence of ascites were observed; On July 26, 2020, he went to the emergency area of the Santa Teresita hospital for presenting hematemesis, and melena for one occasion approximately 2 hours ago, by evaluating the Child Pugh scale for cirrhotic patients, a score of 9 is obtained, so

It is confirmed that the patient has grade B liver cirrhosis, which indicates that there is significant involvement due to the disease and the complications present, such as upper gastrointestinal bleeding. During her hospital stay, the patient remained stable. Gastroscopy revealed the presence of grade III esophageal varices, with red dots, hematocystic, and a ligation was performed without complications on two occasions. At 11 days of hospitalization, the patient is discharged to continue with medical treatment at home.

Conclusion: Liver cirrhosis is a disease that affects the quality of life of people, especially if it reaches a decompensated phase in which more advanced and more careful treatments are required, the application of nursing care individually. It is essential to achieve the adaptation of the patient and improve their living condition in the emotional and affective aspect.

KEY WORDS: Liver cirrhosis, Upper gastrointestinal bleeding, Nursing care process, Virginia Henderson Model

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
ÍNDICE	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.	9
1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio.	9
1.2 Presentación breve del caso	9
1.3 Hechos de interés.	9
Objetivos de la investigación.	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPIDEMIOLOGÍA DEL ESTUDIO	12
2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia	12
2.2. Bases teóricas de la investigación	12
Definición: Cirrosis hepática.	12
Factores de riesgo	13
Manifestaciones clínicas	13
Diagnóstico	13
Tratamiento	14
Complicaciones	15
Alimentación en pacientes cirróticos	16
Proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson	17
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO	22
3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.	22
3.1.1 Tipo de investigación.	22
3.1.2 Unidad de análisis.	22
3.1.3 Área de estudio.	22
3.1.4 Tipo de estudio.	22
3.1.5 Método de estudio.	22
3.1.6 Técnicas a utilizar.	23
3.1.7 Instrumentos de investigación.	23
3.1.8 Categorías.	23
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.	24
3.2.1 Aspectos éticos legales.	24
3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.	24
3.2.3 Ubicación de la historia clínica.	24
3.2.4 Revisión de la historia clínica.	24
3.3 Sistema de categorización en el análisis de información.	24

3.3.1 Anamnesis	24
3.3.2 Signos vitales	25
3.3.3 Antecedentes personales	25
3.3.4 Antecedentes familiares	25
3.3.5 Evolución	25
3.3.6 Diagnóstico médico	25
3.3.7 Diagnóstico de enfermería	25
3.3.8 Pronóstico	26
3.3.9 Intervenciones de enfermería	26
CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	26
4.1 Descripción de Resultados	26
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	49

INTRODUCCIÓN

La cirrosis es una enfermedad que se caracteriza por la aparición sucesiva de lesiones en el parénquima hepático, reemplazadas por fibrosis, con la presencia de nódulos de regeneración y modificación de la arquitectura del hígado(1).

La etiología de esta enfermedad es variable y su pronóstico es definido por el grado de insuficiencia hepática y las complicaciones presentes al momento de realizar el diagnóstico. Una buena técnica quirúrgica, el manejo correcto de la unidad de cuidados intensivos y el uso de fármacos inmunosupresores han incrementado las posibilidades de vida del paciente que ha sido sometido a un trasplante hepático o injerto disminuyendo las complicaciones(2).

Se identifican dos estadios de la enfermedad: uno compensado (ausencia de complicaciones) y otro descompensado (aparición de complicaciones)(3).

La característica principal en su estadio final es la formación de tejido fibrótico y la presencia de nódulos; no obstante, la cirrosis produce varios síntomas y complicaciones de impacto negativo en las condiciones de vida relacionadas con el estado de salud como: la pérdida del autoestima, fatiga, prurito, depresión, etc(3).

Se considera como hemorragia digestiva alta a toda pérdida hemática de cantidad necesaria para ocasionar hematemesis o melena, cuyo inicio puede encontrarse entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodenal(4).

A nivel mundial la cirrosis hepática se posiciona dentro de las primeras diez causas de muerte, el número de decesos anual por esta patología se estima alrededor de unas 800.000 pérdidas humanas. Su prevalencia anualmente en Estados Unidos y Europa es de aproximadamente de 250 casos por cada 100.000 habitantes. En algunos países de América Latina, como, México y Chile ésta enfermedad ocupa como causa de muerte el 5° y 6° lugar; se estima que es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en tanto que la edad promedio que suele presentarse es entre 12.0 años a 50.3 años(5).

Países como Cuba registra un aumento de cirrosis hepática en la localidad. Según las estadísticas del año 2016, las complicaciones asociadas a la cirrosis causaron 1506 muertes, cuya causa más común fue la hemorragia digestiva, lo que ocasionó en Santiago de Cuba una tasa de mortalidad de 10.5 por cada 100 mil habitantes(4).

Según datos del INEC en el año 2014, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas constituyen una de las principales causas de muerte en el Ecuador, ocupando el séptimo lugar con 2038 defunciones y una tasa de mortalidad anual de 12,72% por cada 10mil habitantes(6).

La presencia de ésta enfermedad como resultado de múltiples factores etiológicos, pueden llevar al paciente a limitar la plenitud de su bienestar físico y mental, su estilo y calidad de vida se verá reducida; en la actualidad se muestran muchos estudios de casos sobre la cirrosis hepática, pero muy poca información es poca por no manifestar datos acerca la calidad de vida de éstas personas.

El presente estudio se enfoca en el análisis de un caso clínico de una paciente de 78 años de edad con diagnóstico de Cirrosis Hepática con antecedentes patológicos personales de hipertensión portal, ascitis y carcinoma epidermoide queratinizante más varices gastroesofágicas. En los antecedentes personales la paciente refiere que en su juventud era fumadora y bebedora social lo cual se encuentra relacionado como factor de riesgo de la patología de estudio. La paciente es dada de alta con diagnóstico de cirrosis hepática; la presencia de esta enfermedad afectará la calidad de vida de la persona puesto que su alimentación, hábitos, y actividades cotidianas se verán afectadas.

El papel que desempeñamos el profesional de enfermería es fundamental, pues somos quienes brindamos cuidados directos, a más de educar a paciente, familiar y comunidad, es por ello la necesidad de implementar el lenguaje estandarizado enfermero NANDA, NOC y NIC, las necesidades alteradas en éstos pacientes son muchas en base a esto nos apoyaremos en la teoría de unas de las figuras más recordadas de la enfermería como lo es Virginia Henderson.

CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio.

1.1.1. Cirrosis Hepática

La cirrosis hepática es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de nódulos rodeados de bandas fibrosas debido al daño del tejido hepático(7).

La exposición a múltiples agentes como toxinas, virus y drogas establecen alteraciones del hígado a nivel funcional y estructural, las cuales en etapas avanzadas, generan la cirrosis hepática. En países occidentales el 90% de los casos aproximadamente pueden atribuirse a tres causas: abuso de alcohol, hepatitis crónica vírica y enfermedad por esteatosis hepática no alcohólica. La relación entre consumo de cirrosis y alcohol es demasiado estrecha, que se maneja a la mortalidad por cirrosis hepática como el indicador de la tasa de graves problemas concernientes con el alcohol(8).

Los scores de pronósticos son utilizados para valorar la severidad y las posibilidades de supervivencia de los pacientes. El score Child Pugh y el modelo de la enfermedad hepática en estado terminal son los más utilizados para valorar a los pacientes cirróticos(9).

En la provincia de El Oro aún no se cuenta con estudios que revelen la calidad de vida de pacientes con Cirrosis Hepática, que tanto afecta a cuidadores y familiares, cuáles son los procesos para restablecer o compensar en parte la necesidades que se muestran visiblemente alteradas, así como las condiciones que predisponen para tener una buena recuperación o mantenimiento para que los síntomas de las complicaciones sean leves.

1.2 Presentación breve del caso

1.3 Hechos de interés.

El consumo excesivo de alcohol es la causa de 3.3 millones de muertes a nivel mundial, lo cual corresponde al 5.9% del total anual dividido en 7.6% en hombres y 4% en mujeres. el alcoholismo es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades como: pancreatitis, enfermedades cardiovasculares, gastritis, cirrosis

hepática, cáncer gástrico, etc. La gravedad de las patologías dependerá de la cantidad de alcohol consumido, la calidad y los hábitos de consumo en un tiempo determinado(10).

El consumo exagerado de alcohol es el factor de riesgo más común que ocasiona un porcentaje aproximado del 20% al 50% de los casos de cirrosis hepática en el mundo; El 80% al 90% de las personas con problemas graves de alcoholismo desarrollan hígado graso lo que puede desencadenar complicaciones como: hepatitis y cirrosis alcohólica, esteatohepatitis, fibrosis, cirrosis determinada por fibrosis y deformación de la arquitectura normal del hígado, y hepatocarcinoma.

Nuevos estudios demuestran que entre 32 y 34 % de los pacientes con cirrosis son propensos a desarrollar una infección al momento del ingreso o durante su hospitalización, por otra parte la incidencia de infecciones en la población general es de 5 a 7 %, lo que coincide que la cirrosis hepática es una enfermedad asociada a un estado de inmunodeficiencia adquirida(11).

En la cirrosis hepática hay una transformación patológica de tejido hepático a tejido fibrótico, debido a estos cambios producidos la presión venosa hepática aumenta a más de 5 mmHg, lo cual se denomina hipertensión portal; cuando dicha presión aumenta a más de 10 mmHg se considera hipertensión portal clínicamente significativa ya que a partir de este aumento se originan las varices esofágicas por la dilatación de los vasos sanguíneos(12).

Objetivos de la investigación.

Objetivo general

- Elaborar plan de atención de enfermería en paciente con Cirrosis Hepática, aplicando el modelo de Virginia Henderson de tal manera que contribuya a mejorar las condiciones de vida del paciente.

Objetivos específicos

- Identificar diagnósticos reales, potenciales y las complicaciones derivadas del proceso patológico.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería en base a la teoría de Virginia Henderson teniendo en cuenta las necesidades básicas de la paciente.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

2.1.1. Cirrosis Hepática en relación a la Historia Natural de la enfermedad

La historia natural de la cirrosis hepática se divide en dos fases: compensada o asintomática y la fase descompensada en la cual el paciente presenta complicaciones.

En la fase asintomática el paciente puede desarrollar hipertensión portal y varices esofágicas y a medida que esta enfermedad progresa hay un mayor deterioro de la función hepática pasando a la fase descompensada y desarrollándose complicaciones como: ascitis, ictericia, encefalopatía hepática, hemorragias por varices, insuficiencia renal, síndrome hepatorenal, peritonitis bacteriana espontánea y síndrome hepatopulmonar(5).

Se ha propuesto un nuevo esquema de la historia natural de la cirrosis que se divide en cuatro estadios. Los estadios 1 y 2 corresponde a la fase compensada y el estadio 3 y 4 a la fase descompensada.

Estadio 1: cuando no existen varices esofágicas y ascitis

Estadio 2: presencia de varices esofágicas sin hemorragia o ascitis.

Estadio 3: desarrollo de ascitis sin varices esofágicas.

Estadio 4: hipertensión portal más hemorragia gastrointestinal, con o sin desarrollo de ascitis(5).

2.2. Bases teóricas de la investigación

Definición: Cirrosis hepática.

La cirrosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por el desarrollo fibrosis y nódulos de regeneración en el tejido hepático que conducen a la deformidad vascular y alteración de la función hepática(6).

Al haber un descenso en la síntesis hepática con factores de coagulación, se presenta un estado de hipocoagulabilidad, aumentando el riesgo de hemorragia(13).

La hemorragia por varices esofágicas se caracteriza por las consecuencias que tiene sobre la homeostasis del paciente; además es considerada una de las principales complicaciones de la hipertensión portal y la primera causa de muerte en pacientes sometidos a trasplante hepático(14).

Factores de riesgo

Entre las causas más frecuentes de cirrosis tenemos: infección crónica por el virus hepatitis C, el consumo exagerado de alcohol, y el virus de la hepatitis B. estos factores pueden variar dependiendo del área geográfica y hábitos del paciente. Entre otras causas se encuentran la hepatitis autoinmune, las hepatopatías metabólicas y la enfermedad debido al depósito de grasa no alcohólica(15).

Las lesiones crónicas del hígado son sinérgicas por lo que la cirrosis puede ser causada por la combinación del virus de la hepatitis viral crónica, obesidad y alcoholismo(16).

Manifestaciones clínicas

Entre las manifestaciones clínicas presentes en las cirrosis se encuentran: distensión abdominal, matidez desplazable, ictericia, ascitis, edema, circulación colateral, equimosis, hepatomegalia y arañas vasculares(17).

Otros síntomas que pueden presentarse son: astenia, anorexia, eritema palmar, dolor abdominal, etc.(18).

El sangrado por ruptura de varices esofagogástricas se origina cuando la presión venosa hepática es superior a 12 mmHg, comúnmente es abundante y pone en riesgo la vida del paciente. Entre otras causas para que se ocasione una hemorragia digestiva en el paciente cirrótico están las úlceras gastroduodenales y la gastritis hemorrágica(18).

Diagnóstico

La clasificación de Child- Pugh se utiliza para establecer el diagnóstico de cirrosis, el rango de calificación de esta escala varía entre 5 y 15 puntos, teniendo en cuenta la

presencia de ascitis, encefalopatía y otros parámetros de laboratorio como bilirrubina, albúmina y protrombina(2).

Entre los medios de diagnóstico de la cirrosis hepática se encuentran:

Estudios de la función hepática: entre los exámenes más comunes están: albúmina, fosfatasa alcalina, alanina transaminasa, aspartato aminotransferasa, tiempo de protrombina, así como también bilirrubina en suero, en orina y en pruebas serológicas.

Biopsia hepática: ayuda a la detección de varias enfermedades hepáticas. Puede ser usado como examen complementario para confirmar un problema hepático. Los procedimientos más comunes son la biopsia hepática percutánea, por punción y aspiración con aguja fina, transyugular, y guiada con ecografía o TAC.

Radiografía simple: comúnmente muestran resultados normales u otros hallazgos como ascitis, hepatomegalia, esplenomegalia, calcificaciones que pueden ser como resultado de tumores o hipertensión portal.

Ecografía: tiene una comprensión diagnóstica del 90%. En ausencia de complicaciones la enfermedad hepática se manifiesta en cinco patrones ecográficos: diana, calcificada, difusa, hipoecogénica y quística.

Tomografía computarizada: las imágenes pueden ser hiperdensas, hipodensas, isodensas, quísticas, calcificadas, difusamente infiltrantes o calcificadas. Ayuda a determinar la gravedad de la cirrosis.

Resonancia magnética: genera imágenes detalladas permitiendo evaluar el daño causado por enfermedades hepáticas. Se han descrito cinco patrones morfológicos para determinar metástasis en imágenes: diana, bombilla, amorfo, rosquilla y aureola(19).

Tratamiento

El manejo farmacológico con betabloqueadores como el propranolol reduce la presión portal y son utilizados como profilaxis del sangrado por varices esofágicas, pero, algunos estudios indican que se deben manejar estos medicamentos con cuidado en la cirrosis descompensada por ascitis refractaria, hepatitis alcohólica grave o en la peritonitis bacteriana(16).

Es importante tener cuidado con el uso de analgésicos en los pacientes cirróticos, debido al alto riesgo de hemorragia gastrointestinal y al riesgo de insuficiencia renal aguda; en estos pacientes los Aines están contraindicados, a excepción de la aspirina a bajas dosis en pacientes cirróticos con enfermedad cardiovascular severa. Medicamentos como el tramadol son seguros a dosis mínimas, y los fármacos tópicos como los parches de lidocaína.

Es necesario evitar el uso de benzodiazepinas en pacientes con encefalopatía hepática, en casos de hepatitis alcohólica o cirrosis, es recomendable emplear benzodiazepinas de corta acción como el lorazepam y oxacepan(16).

Las endoscopias son relativamente seguras en pacientes cirróticos. La paracentesis resulta muy útil en pacientes con ascitis e inclusive en pacientes con coagulopatía marcada.

En pacientes sensibles a los diuréticos, la extracción de 5 litros de líquido es suficiente para reducir la presión intraabdominal. Cuando la ascitis es resistente al diurético es necesario extraer la mayor cantidad de líquido posible(16).

Complicaciones

En los pacientes con cirrosis compensada hay altas posibilidades de que desarrolle ascitis, encefalopatía hepática y hemorragia gastrointestinal. En este tipo de pacientes en el 45% de los casos se diagnostica ascitis al año y al 44% después de 5 años; las varices esofágicas se generan en más de la tercera parte de los pacientes en los tres primeros años luego del diagnóstico. La frecuencia anual de hepatocarcinoma es de 5% por lo que se sugiere el uso de ultrasonografía y TAC para el diagnóstico de cáncer hepático(16).

La ascitis es la complicación más frecuente, ejerce un incremento en la presión intraabdominal, que conjuntamente con el debilitamiento de la fascia abdominal, la disminución de la masa muscular y la dilatación de la vena umbilical secundaria a la hipertensión portal; establecen circunstancias que aperturan el anillo fibroso en la cicatriz umbilical, protruyendo el peritoneo dando origen a la formación de hernias umbilicales(20).

La encefalopatía hepática es una complicación que se produce por el efecto nocivo de las neurotoxinas debido a un déficit en la función hepática para depurar sustancias como el

amonio que al no ser metabolizado se acumula ocasionando daños a nivel del sistema nervioso central(21).

La hepatitis alcohólica es una alteración caracterizada por ictericia, presencia de ascitis y falla hepática aguda; es frecuente en personas que consumen alcohol de manera excesiva por lo que en el 50% de los casos hay coexistencia de cirrosis al momento del diagnóstico(22).

La peritonitis bacteriana espontánea es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis descompensada y ascitis. Se caracteriza por infección del líquido ascítico sin perforación visceral o foco inflamatorio intraabdominal. Este trastorno se presenta normalmente en la fase final de las enfermedades hepáticas(23).

La miocardiopatía cirrótica es una anomalía cardíaca presente en el 50% de pacientes con cirrosis hepática; se manifiesta con alteraciones de la función diastólica, anomalías en la función contráctil del ventrículo izquierdo, cambios en la estructura de las cámaras cardíacas y alteraciones electrofisiológicas(23).

Alimentación en pacientes cirróticos

La desnutrición proteica energética tiene una alta incidencia en pacientes con patologías hepáticas y ocasiona graves secuelas en el estado general y en el pronóstico del paciente, deteriorando la función hepática y la función clínica. La evaluación nutricional es importante en la exploración de las alteraciones hepáticas ya que ayuda en la corrección o mantenimiento del estado nutricional de los pacientes(24).

Los pacientes cirróticos con presencia de ascitis es necesario eliminar la sal de la dieta; puesto que en la cirrosis no se puede eliminar la sal del organismo lo que provoca acumulación de la misma y del agua a nivel de peritoneo(25).

El consumo de hidratos de carbono debe ser moderado debido a que en los pacientes cirróticos existe una intolerancia a la glucosa bien documentada que puede ser por una insuficiente secreción de insulina o por exceso en la producción de glucosa. En cuanto al consumo de alimentos grasos deben ser evitados ya que los lípidos se pueden acumular en el hígado, además se recomienda suplementar con enzimas pancreáticas sobretodo en pacientes con cirrosis de origen alcohólico. En necesario que exista un balance en la

ingesta y eliminación de líquidos, la restricción hídrica será recomendada cuando exista hiponatremia o el nivel de sodio sea menor a 120 nmol/l.

Los pacientes con déficit de vitamina E pueden presentar neuropatías incluso la deficiencia de complejo B y C es común en los pacientes con cirrosis alcohólica.

El déficit de Zinc aumenta el riesgo de encefalopatía hepática ocasionando anorexia, alteraciones en el sentido del gusto y olfato, disfunción en el sistema inmunológico, anomalías en el metabolismo de proteínas, erupciones cutáneas, retraso en la curación de heridas. La suplementación oral de zinc aumenta la función hepática, mejora la disposición de glucosa y los índices nutricionales.

Es necesario aumentar el consumo de proteínas de origen vegetal, lácteos, fibra y proporcionar alimentos que favorezcan la masticación y deglución; además, estas proteínas aumentan la excreción fecal de amonio y disminuyen el tiempo de tránsito intestinal, por lo que también sería una buena opción de tratamiento nutricional para este tipo de pacientes(26).

Proceso de atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson

El modelo teórico de Virginia Henderson se fundamenta en las 14 necesidades básicas del ser humano, en el cual el papel del profesional de enfermería es brindar ayuda en las actividades que el paciente no puede realizar en un determinado momento. Cuando una de estas necesidad no está satisfecha hay un desequilibrio y la persona requiere ayuda para lograr su independencia. Las necesidades enunciadas por el modelo de Henderson son: necesidad de respirar, alimentarse adecuadamente, eliminación, dormir o descansar, movilización, temperatura corporal dentro de los límites normales, seguridad, higiene o protección de la piel, trabajar y realizarse, necesidad de realizar actividades lúdicas, aprender, vestirse, creencias y comunicarse.

Asociando las necesidades del modelo de Virginia Henderson con el caso de estudio podemos mencionar que:

La necesidad de respirar normalmente: comprende la capacidad fisiológica para proporcionar a las células del organismo la cantidad necesaria de oxígeno con la correspondiente eliminación de bióxido de carbono. Para valorar esta necesidad se toma

en cuenta: la frecuencia respiratoria y cardíaca, coloración de la piel, mucosas y lechos ungueales, capacidad para toser y expulsar secreciones(27). En nuestra paciente esta necesidad no se encuentra alterada debido a que la paciente se encuentra respirando oxígeno ambiental y saturando entre 96 - 99% y con la frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de los parámetros normales.

Necesidad de alimentarse adecuadamente: esta necesidad valora el índice de masa corporal, número de comidas, horarios dietas, presencia de problemas digestivos como náuseas, vómitos, pirosis, intolerancias alimentarias(27). Se considera que esta necesidad está afectada debido a la presencia de náuseas y hematemesis además del constante cambio de dietas (NPO, dieta líquida, dieta blanda) las cuales se ajustan teniendo en cuenta el sangrado y la tolerancia oral de la paciente.

La necesidad de eliminación: es la característica propia del organismo para eliminar sustancias tóxicas generadas por el metabolismo para mantener un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos y el equilibrio de los líquidos. Esta necesidad valora la frecuencia y cantidad de eliminación fecal y miccional, dificultades para la eliminación, presencia de dolor, estreñimiento y diarrea. En nuestro caso, no se encuentra alterada debido a que no hay evidencia de retención de líquidos (edema, ascitis), además el gasto urinario está con un valor de 0.68 ml/kg/hora teniendo como valores normales de referencia de 0.5 ml/kg/h a 1 ml/kg/hora.

Necesidad de dormir o descansar: el descanso es esencial para la salud y la calidad de vida ya que restaura los niveles de energía y equilibrio del sistema nervioso central. Para que el descanso sea adecuado la persona requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional o ansiedad(27). En nuestro caso, esta necesidad está alterada debido al dolor nocturno ocasionado por el carcinoma ubicado en el rostro lo que ocasiona descanso interrumpido durante la noche. Además también puede afectarse por la ansiedad ocasionada por el proceso de enfermedad.

Necesidad de seguridad: consiste en permanecer libre de lesiones psicológicas, fisiológicas, sociológicas, y evitar peligros y riesgos. La necesidad de seguridad valora: medidas de salud como vacunación, chequeos y controles médicos, signos de disminución de conciencia, desorientación, disminución de la memoria, ansiedad, delirios, riesgos ambientales, déficit de movilidad, etc.(27). Debido a la lesión presente en el rostro de la

paciente existe un alto riesgo de infección si no se realizan las curaciones y el cuidado necesario además de la educación del paciente y la familia sobre el cuidado de la herida en casa.

Necesidad de movilización: esta necesidad valora: examen neurológico, actividad física que realiza, equilibrio, dificultad para realizar algunos movimientos, presencia de dolor, fatiga, restricciones a la movilidad(27). En nuestra paciente esta necesidad se encuentra alterada parcialmente ya que la paciente puede moverse sola pero, al tratarse de una paciente adulta mayor de 78 años existe un mayor desgaste de energía y limitación de movimientos y actividades.

Necesidad de vestirse: esta necesidad valora: la facilidad o dificultad para vestirse o arreglarse, comodidad, limpieza, calzado(27). Sin alteración en la paciente de estudio.

Necesidad de comunicarse: para las personas en general es fundamental expresar emociones, sentimientos e interactuar con otras personas; el personal de enfermería promueve la comunicación para fomentar la relación paciente – personal de salud. Esta necesidad valora: el déficit sensorial, convivencia con otras personas, soledad, dificultad para pedir ayuda(27). La paciente del presente caso se encuentra acompañada por familiar y responde bien al interrogatorio médico por lo que se considera que esta necesidad no está alterada.

Necesidad de creencias y valores: la importancia de esta necesidad se basa en valores y creencias. Se definen varios conceptos como: religión, cultura, valores, fe, ideologías(27). En el caso de nuestra paciente esta necesidad no está alterada ya que la paciente se manifiesta como una persona apegada a sus creencias y costumbres.

Necesidad de mantener higiene corporal: es necesaria para mantener una buena apariencia y una piel sana con la finalidad de que ésta sirva como barrera ante microorganismos infecciosos(27). En la paciente no está alterada esta necesidad ya que el aseo es diario y la piel se mantiene íntegra.

Temperatura corporal dentro de los límites normales: la temperatura normal comprende el equilibrio entre la producción y eliminación de calor, esta necesidad valora: temperatura corporal, sensación de calor o frío según la temperatura ambiente,

condiciones ambientales(27). En el presente caso esta necesidad no está alterada ya que la temperatura corporal se encuentra en el rango normal.

Necesidad de trabajar y realizarse: esta necesidad valora: actividades, trabajo, repercusión de su estado de salud actual en sus actividades diarias, participación en decisiones, cansancio del cuidador, actitud familiar(27). En el caso de nuestra paciente se considera alterada debido a su edad y al deterioro y debilitamiento causado por la enfermedad actual.

Necesidad de realizar actividades lúdicas: es una necesidad relacionada con la salud mental ya que está encaminada a la realización de actividades divertidas y recreativas, incluye aspectos como: hábitos de ocio, dedicación, ambiente recreativo, recursos comunitarios(27). Esta necesidad se ve afectada debido a que la paciente no puede realizar sus pasatiempos o actividades cotidianas debido al tiempo de hospitalización, además puede verse afectada después de ser dada de alta debido a los controles médicos y tratamientos a seguir y también por el desgaste en su condición física ocasionado por la enfermedad.

Necesidad de aprender: adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para modificar o adaptarse a nuevos entornos se considera una necesidad propia del ser humano. Muchos de estos conocimientos están relacionados con la salud(27). Se considera que esta necesidad está alterada debido a que a edades avanzadas es más difícil retener información, por lo tanto al tratarse de una paciente adulta mayor, requerirá de apoyo familiar para seguir el tratamiento en casa.

Por lo tanto, los planes de cuidado estarán enfocados a las siguientes necesidades:

- Alimentación
- Dormir o descansar
- Seguridad
- Movilización
- Trabajar y realizarse
- Realizar actividades lúdicas

- Aprendizaje

Entre los metaparadigmas descritos por el modelo de Virginia Henderson tenemos:

Salud: que es considerado como el completo estado de bienestar físico mental y social.

Al momento la paciente presenta un deterioro en su salud debido a la enfermedad que presenta, esto puede deberse al consumo de bebidas alcohólicas durante su juventud lo cual es considerado como un factor de riesgo para desarrollar cirrosis.

Entorno: hace referencia a las situaciones externas o al ambiente habitual de la paciente.

El medio ambiente en el que vive la paciente es el indicado, ya que es una zona urbana donde puede adquirir lo necesario para subsistir, además cuenta con el apoyo de sus hijos lo que hace que se sienta amada y tranquila.

Persona: es un ser holístico que debe mantener un equilibrio físico y emocional.

En el presente caso al tratarse de una paciente adulta mayor con una patología crónica, requiere de apoyo para resolver y satisfacer sus necesidades. Esta enfermedad muchas veces la desmotiva y la va desgastando cada día, es por ello que sus hijos están en su compañía y también le brindan cuidados especiales y de satisfacción, lo que significa que tienen una buena relación interpersonal.

Enfermería: profesional encargado de brindar los cuidados que necesita cada persona que padece de una capacidad física o desconocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta lograr que la persona consiga satisfacer sus necesidades de forma autónoma, los cuidados de enfermería están guiados a recuperar esa autonomía.

Los cuidados de enfermería en esta teorizante desarrollan un rol muy especial ya que mediante los cuidados ofrecidos a la paciente su evolución será favorable, el enfermero además de ser indicado para estos cuidados, prestará los servicios de salud a la paciente de manera profesional, humanística y ética.

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1 Tipo de investigación.

Es una investigación de tipo cualitativo y analítico realizada a través de la revisión de artículos científicos y obteniendo información importante mediante el seguimiento de la historia clínica del paciente.

3.1.2 Unidad de análisis.

Paciente de sexo femenino de 78 años de edad con diagnóstico médico Cirrosis Hepática mas hipertension portal mas varices gastroesofagicas

3.1.3 Área de estudio.

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Básico Santa Teresita, ubicado en las calles Avda. Jofre Lima 506 y Francisco Romero del Cantón Santa Rosa, Provincia El Oro, el cual brinda atención en áreas como Emergencia, Pediatría, Cirugía, Clínica, Odontología, Nutrición, Psicología Clínica, Ginecología y cuenta con áreas de diagnóstico como Laboratorio clínico y radiología.

3.1.4 Tipo de estudio.

Es una investigación descriptiva basada en la Historia Clínica y apoyada en artículos científicos que nos permite relatar de manera pertinente el tema de estudio.

3.1.5 Método de estudio.

3.1.5.1 Método descriptivo: Proceso que implica la observación detallada de los hechos de estudio.

3.1.5.2 Método analítico: Consiste en diferenciar los elementos necesarios para identificar información y su relación con el caso clínico.

3.1.5.3 Método científico: Es un estudio de la práctica a través del conocimiento científico teórico y práctico manifestado entre los hechos reales para enunciar las necesidades a causa de la enfermedad en el paciente.

3.1.6 Técnicas a utilizar.

Observación: Consiste en observar y recolectar datos a través de la historia clínica y artículos científicos para su posterior estudio.

3.1.7 Instrumentos de investigación.

Historia clínica del paciente

Consentimiento informado

Fuentes bibliográficas de revistas científicas.

Base de datos E-book y Scopus de la UTMACH.

3.1.8 Categorías.

Revisión de los diferentes criterios a valorar durante el análisis del caso son:

Signos vitales.

Manifestaciones clínicas de la patología.

Antecedentes familiares.

Antecedentes personales.

Antecedentes patológicos

Planes de cuidados de enfermería.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.

Los pasos a seguir para la recolección de la información, se consideran los siguientes aspectos: utilización de revistas tales como: Scielo, Dialnet, Redalyc, ScienceDirect, Elsevier y Mediagraphics, etc.

3.2.1 Aspectos éticos legales.

En los aspectos éticos legales el presente estudio tiene: consentimiento informado, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, y se apega al respeto de las personas en el ámbito de la investigación y práctica clínica.

3.2.2 Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.

La obtención del acceso para el análisis de la historia clínica del paciente del presente caso fue posible gracias al oficio generado y emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala dirigido al Director del Hospital Básico Santa Teresita

3.2.3 Ubicación de la historia clínica.

En respuesta a la aceptación de la solicitud de oficio emitido por la coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Machala de acceso de la historia clínica se logró acceder a la misma que se encontraba en el departamento de estadística del Hospital Básico Santa Teresita.

3.2.4 Revisión de la historia clínica.

Una vez obtenida la historia clínica se procedió a la recolección de información más importante, la cual permitió desarrollar el presente estudio de caso.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de información.

3.3.1 Anamnesis

Es la primera fase, previa a un juicio clínico o diagnóstico, la cual tiene como base el interrogatorio o entrevista entre el profesional de salud y el paciente con la intención de obtener información relevante.

3.3.2 Signos vitales

Revelan si la homeostasis orgánica del paciente se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, con la respectiva semiotecnia.

3.3.3 Antecedentes personales

Se basa en la recopilación de información sobre la salud del paciente; Tiene que ver con los procesos patológicos que haya presentado o pasado el paciente, incluyendo alergias, cirugías, enfermedades, además de la información sobre medicamentos y hábitos de salud.

3.3.4 Antecedentes familiares

Recopila información sobre la familia, siendo así la manera de conocer la existencia de enfermedades hereditarias. Este punto es una base sólida al momento de determinar el origen de la enfermedad actual.

3.3.5 Evolución

Es el registro del estado de salud del paciente, constantes vitales, valoración del estado de conciencia frente a su condición clínica, datos relevantes referentes a las necesidades del paciente, además en base a todo lo mencionado se plantean las prescripciones médicas, órdenes de interconsulta, exámenes, referencias, también las intervenciones de enfermería.

3.3.6 Diagnóstico médico

Constituye un juicio que se obtiene tras un análisis que se realiza para ver la situación actual de salud del paciente, esto incluye; examen físico, exámenes, manifestaciones verbales que refiere el paciente en cuanto a su condición de salud y que posterior a dicho análisis se implementa un tratamiento a seguir.

3.3.7 Diagnóstico de enfermería

Es un juicio de valor que se emite en base a la valoración del paciente, lo observado y expresado durante el contacto o el tiempo de estancia hospitalaria del mismo. Los diagnósticos enfermeros son tomados en base al tratamiento y evolución del estado de salud, posterior a ello se plantean intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano.

3.3.8 Pronóstico

Es aquella probabilidad de ocurrencia de ciertas situaciones de salud emitida por el personal médico luego de una exhaustiva valoración y revisión de exámenes acerca de la patología identificada en un paciente.

3.3.9 Intervenciones de enfermería

Son actividades destinadas a la satisfacción de las necesidades evidenciadas del paciente y que son aplicadas por el profesional de enfermería basadas en el contexto científico, que ayudan al confort y bienestar del paciente y a la pronta recuperación

CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción de Resultados

Paciente femenina de 78 años de edad que reside en el Barrio Cristo de Consuelo del Cantón Santa Rosa Provincia El Oro, diagnosticada hace 4 años en consultorio particular mediante ecografía abdominal con cirrosis hepática en estadio 3 en donde se observó irregularidades del contorno hepático más presencia de ascitis motivo por el cual se decide realizar drenaje de líquido más transfusión de 2 pintas de sangre. Recibe tratamiento para cirrosis de médico particular.

El 26 de julio del 2020 paciente acude al área de emergencia del hospital Santa Teresita acompañada de familiar por presentar hematemesis y melenas.

Datos de filiación

Edad: 78 años

Sexo: femenino

Instrucción: básica

Ocupación: ninguna

Grupo cultural: mestizo

Fecha y hora de ingreso a emergencia: 26/07/2020 **Hora:** 10:00 am

Antecedentes patológicos personales: cirrosis, hipertensión portal, carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado e infiltrante. Paciente refiere que en su juventud fue fumadora y bebedora social.

Antecedentes patológicos familiares: madre fallecida con diagnóstico de cirrosis hepática, hija con diabetes mellitus.

Enfermedad actual

Paciente de sexo femenino de 78 años de edad acude a esta casa de salud acompañada de familiar por presentar hematemesis, y melenas por una ocasión hace aproximadamente 2 horas, hace 10 días atrás fue valorada por oncólogo de Solca quien ordena realizar Tomografía Computarizada macizo-facial que reporta proceso tumoral expansivo en region paratorioidea izquierda con afectación de articulación temporomaxilar y seno esfenoidal.

Signos vitales

Presión arterial: 120/60

Frecuencia cardiaca: 86x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36.6 °C

Peso: 42.5 kg

Talla: 133 cm

Escala de Glasgow

Ocular: 4 **Verbal:** 5 **Motora:** 6 **TOTAL:** 15

Examen físico

Facies: pálidas, en región temporo maxilar izquierda se evidencia lesión edematosa supurativa. Conjuntivas y mucosas pálidas

Mucosas orales: semihúmedas

Abdomen: blando, depresible

Extremidades superiores e inferiores: simétricas, tono y fuerza muscular conservado, sin presencia de edema

Tacto rectal: dedo del guante positivo para sangrado

Diagnóstico de ingreso al área de emergencia

Cirrosis hepática

Hemorragia gastrointestinal no especificada

Tumor maligno de la piel de rostro

Plan de tratamiento

Control de ingesta y eliminación

Control de signos vitales

Nada por vía oral

Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9% pasar a 7 gotas en 24 horas

Ácido tranexámico 1 gramo vía intravenosa STAT

Omeprazol 80 mg vía venosa STAT

Exámenes de laboratorio

WBC: $4.66 \times 10^3/\text{ul}$

HCT: 25.3 %

Neutrófilos: 84.7 %

Plaquetas: 115000

Linfocitos: 8.90 %

Úrea: 59.43 mg/dl

RBC: $3.21 \times 10^6/\text{ul}$

Creatinina: 0.51 mg/dl

HGB: 8.10 g/dl

Glucosa: 88.9 mg/dl

TP: 27.00 seg

TGO: 15.47 U/L

TPT: 1.50 seg

TGP: 11.19 U/L

Bilirrubina total: 0.52 mg/dl

Albúmina: 3.2 mg/dl

Bilirrubina directa: 0.10 mg/dl

Bilirrubina indirecta: 0.42 mg/dl

Escala de Child Pugh

VALORES DE REFERENCIA

PARÁMETROS	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS
ASCITIS	AUSENTE	LEVE	MODERADA
BILIRRUBINA MG/DL	≤ 2	2 - 3	> 3
ALBÚMINA G/DL	$> 3,5$	2,8 – 3,5	< 2.8
TIEMPO DE PROTROMBINA	1 – 3 < 1.8	4 – 6 1.8 – 2.3	> 6 > 2.3
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	NO	GRADO 1 - 2	GRADO 3 - 4

CRITERIOS DE VALORACIÓN

A: enfermedad bien compensada puntuación de 5 a 6

B: compromiso funcional significativo puntuación de 7 a 9

C: enfermedad descompensada puntuación de 10 a 15

VALORACIÓN DE LA ESCALA DE CHILD PUGH DE LA PACIENTE

ASCITIS: leve (2 puntos)

BILIRRUBINA: 0.52 mg/dl (1 punto)

ALBÚMINA: 3.2 mg/dl (2 puntos)

TIEMPO DE PROTROMBINA: 27 seg. (3 puntos)

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA: NO (1 punto)

Análisis: Mediante la valoración de la escala de Child Pugh para pacientes cirróticos podemos constatar que la paciente de nuestro estudio presenta una cirrosis de grado B con una puntuación de 9 lo cual nos indica que existe un compromiso significativo debido a la enfermedad y a las complicaciones presentes como la hemorragia digestiva alta.

Reporte de ingreso a emergencia

26/07/2020 10h00am .- Paciente de sexo femenino de 78 años de edad ingresa a sala de emergencia ambulatoria, acompañada de familiar por presentar hematemesis y melena en la mañana, a su ingreso se observan facies pálidas, leve astenia, proceso tumoral en rostro con eritema, a nivel de labios comisura desviada del lado izquierdo, se canaliza vía venosa, se coloca tratamiento indicado por médico tratante.

12:30 pm. - Paciente refiere náuseas eliminando saliva y mucosidad.

13:00 pm.- Paciente pasa a sala de medicina interna en condiciones estables, lleva tratamiento completo y resultados de exámenes.

Reporte de ingreso a hospitalización

26/07/2020 13:30 pm.- Paciente de sexo femenino de 78 años de edad con diagnóstico de cirrosis mas hemorragia gastrointestinal no especificada y tumor maligno de la piel de rostro ingresa a sala de medicina interna acompañada por familiar y personal de salud, al momento consciente orientada en tiempo espacio y persona, facies ligeramente pálidas, mucosas orales semihúmedas, presencia de forúnculo en lado izquierdo de rostro, tórax simétrico, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, tono y fuerza muscular conservado, médico de turno realiza tacto rectal observándose melenas, vía venosa permeable.

Signos vitales: T: 36.6 °C R: 20 x' SPO2: 97 % P/A: 120/70 FC: 84 X'

Tratamiento aplicado durante hospitalización

Nada por vía oral

Control de signos vitales

Control de ingesta y eliminación

Vigilar presencia de sangrado

Dextrosa al 5 % en solución salina al 0.9 % 500 cc a 7 gotas en 24 horas

Omeprazol 40 mg en 250 cc de solución salina 0.9 % pasar a 3 gotas por minuto

Ácido tranexámico 1 gr iv cada 8 horas

Acetilcisteína 600 mg iv cada 8 horas

Complejo B 10ml iv cada día

Ampicilina + sulbactam 3 gr iv cada 8 horas

Descripción cronológica del caso

27/07/2020.- Paciente durante el día se mantiene en reposo relativo consciente orientada en tiempo, espacio y persona; al examen físico se observa facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, respiraciones espontáneas, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, tono y fuerza muscular conservado. Durante la noche la herida a nivel del rostro en el lado izquierdo presenta eritema y elimina líquido purulento. Signos vitales se mantiene estables: P/A: 120/70 T°:36.3 °C FC: 102 x' FR: 20x' SPO2: 95%

28/07/2020 al 29/07/2020.- paciente con antecedentes mencionados anteriormente se mantiene en buenas condiciones generales, no hay evidencia de sangrado ni síntomas gastrointestinales. Indicaciones médicas nutricionales se mantiene en nada por vía oral

30/07/2020.- Paciente hemodinámicamente estable se mantiene en reposo relativo, afebril, consciente y orientada en tres esferas. Durante el turno de la noche refiere dolor a nivel de mejilla izquierda. El médico tratante indica líquidos claros según tolerancia.

02/08/2020.- Paciente se mantiene en condiciones estables refiriendo leve dolor en lado izquierdo del rostro. Médico tratante indica biometría hemática de control para el día 03/08/2020. Paciente con dieta líquida espesa de protección gástrica.

03/08/2020.- En el hemograma de control se evidencia: HGB: 8.20 g/dl hct: 25.9% neutrófilos: 64.7 % linfocitos: 25.2 % RBC: 3.20×10^6 /ul WBC: 2.06×10^3 /ul Plaquetas:72000 ul Serológico: negativo para hepatitis A,B y C. Médico tratante indica nada por vía oral a partir de las 22:00 pm.

04/08/2020.- se realiza endoscopia digestiva alta sin complicaciones. Paciente con dieta líquida espesa de protección gástrica, luego dieta blanda gástrica.

05/08/2020.- paciente permanece tranquila en reposo relativo, afebril, consciente, orientada en tres esferas, herida en pómulo derecho elimina líquido purulento en mínima cantidad.

06/08/2020.- Paciente muestra mejoría permanece orientada en tiempo espacio y persona, a la valoración física presenta sus facies semi pálidas, mucosas orales semihúmedas, respiraciones rítmicas espontáneas, abdomen blando ligeramente globuloso no doloroso a la palpación, tono y fuerza muscular conservada, es dada de alta para seguir con tratamiento médico en casa.

Gasto urinario 0.68ml/kg/h P/A: 110/80 FC: 70X' FR: 20x' T: 36°C SPO2: 96%

Indicaciones al alta

Dieta blanda de protección gastrohepática

Omeprazol 20 mg vía oral cada día por 15 días

Propranolol 20 mg vía oral cada día por 1 mes

Complejo B 1 tableta vía oral cada día por 1 mes

Ácido fólico 5 mg cada día por 1 mes

Informes de gastroscopia

04/08/2020.- Esófago: presencia de 4 paquetes de varices esofágicas grado III, con puntos rojos, hemato quísticos. Cardias: a 36 cm de arcada dentaria, competente. Estómago: no se observan varices gástricas, la mucosa de techo, fondo y cuerpo gástrico es de aspecto ligeramente congestiva , con petequias submucosas diseminadas. Antro gástrico con mucosa de aspecto levemente congestiva e hiperémica, con una estenosis circunferencial de aspecto benigno. Píloro: central de forma y función normal. Duodeno: mucosa de aspecto normal. Se retira endoscopio y se reintroduce endoscopio cargado con 1 kit de ligadores de 6 ligas sin dificultad, y se procede a realizar ligadura de varices por el método convencional realizándose 6 ligaduras sin complicaciones.

11/08/2020.- Esófago: presencia de 3 várices esofágicas residuales grado III, además, se observan 5 úlceras post ligadura resultado de la primera sesión. Se realizan 4 ligaduras sin complicaciones.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TABLA N° 1 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	Paciente refiere vómitos con sangre durante la mañana
O	Datos objetivos	Facies pálidas, náuseas, hematemesis
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: alimentación Deterioro de la deglución R/C anomalías en la vía digestiva superior E/P hematemesis
P	NOC	01011 Estado de deglución fase esofágica 101111 Ausencia de hematemesis
I	NIC	<ul style="list-style-type: none"> - vigilar signos vitales - control de ingesta y eliminación - vigilar signos de sangrado - Administración de líquidos y electrolitos - Administración de medicamentos que ayuden a reducir las náuseas y la secreción ácida del estómago (omeprazol) - Proporcionar información objetiva sobre el diagnóstico tratamiento y pronóstico
E	Evaluación	Paciente se mantiene en condiciones estables

TABLA N° 2 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	paciente refiere dolor en lesión del rostro durante la noche
O	Datos objetivos	facies álgicas, descansa a intervalos cortos
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: dormir o descansar Deterioro del patrón del sueño R/C dolor E/P sueño interrumpido, intervalos cortos de sueño
P	NOC	02110 Nivel de comodidad 210003 Bienestar referido
I	NIC	1400 Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> - Administración de analgésicos - Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida (sueño, alimentación, actividades diarias, etc.) - Disminuir factores ambientales que aumentan el malestar - Implementar técnicas de relajación
E	Evaluación	Paciente más relajada, descansa a intervalos prolongados

TABLA N° 3 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	Dolor en región de mejilla izquierda
O	Datos objetivos	Lesión supurativa a nivel de rostro
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: necesidad de seguridad Riesgo de infección R/C herida supurativa
P	NOC	(01902) Control del riesgo (190201) Reconoce los riesgos
I	NIC	(3660) Cuidado de las heridas <ul style="list-style-type: none"> - Curación de la herida con soluciones estériles - Mantener técnica de vendaje esteril al realizar cuidado de la herida - inspeccionar la herida en cada curación - Educar al paciente y familiar sobre el cuidado de la herida
E	Evaluación	Reducción del riesgo

TABLA N° 4 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	no refiere
O	Datos objetivos	Adulto mayor, edad de riesgo
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: Movilización (00094) Riesgo de intolerancia a la actividad R/C deterioro físico relacionado a la edad
P	NOC	(01803) Conocimiento: proceso salud enfermedad (180304) Descripción de factores de riesgo
I	NIC	(5440) Asesoramiento <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones físicas del paciente - Fomentar un entorno seguro para el paciente - Brindar ayuda en la movilización en caso de necesitarla - Utilizar ejercicios de movimientos articulares para aliviar la tensión muscular
E	Evaluación	Paciente y familiares reconocen factores de riesgo Disminución del riesgo

TABLA N° 5 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	Paciente refiere que no quiere ser una carga para sus hijos
O	Datos objetivos	Decaimiento, expresiones de inutilidad
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: Trabajar y realizarse (00120) Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional E/P expresión de inutilidad
P	NOC	(01205) Autoestima (120502) Aceptación de las propias limitaciones (01305) Adaptación psicosocial: cambio de vida (130502) Mantenimiento del autoestima (130504) Expresiones de utilidad
I	NIC	(5400) Potenciación de la autoestima <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus virtudes - Facilitar el ambiente y actividades que fomenten el autoestima - Recomendar actividades que aumenten la autonomía del paciente - Incluir a la familia y brindar apoyo emocional
E	Evaluación	Paciente se encuentra más animada

TABLA N°6 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	Paciente refiere aburrimiento durante la estancia hospitalaria
O	Datos objetivos	Limitación de actividades, aburrimiento referido
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: Realizar actividades lúdicas Déficit de actividades lúdicas R/C entorno desprovisto de actividades recreativas E/P Aburrimiento
P	NOC	(01503) Implicación social (150303) Interacción con miembros de la familia
I	NIC	(4310) Terapia de actividad <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el compromiso en actividades recreativas - Ayudar a la paciente a desarrollar automotivación y seguridad - Realizar actividades motoras que alivien la tensión muscular - Elegir actividades acorde con sus capacidades físicas - Proporcionar un ambiente seguro
E	Evaluación	Paciente se muestra más activa y animada

TABLA N° 7 NANDA NIC - NOC

SOAPIE		
S	Datos subjetivos	Paciente refiere dificultad para recordar el tratamiento indicado
O	Datos objetivos	Limitación cognitiva por edad avanzada
A	Diagnóstico de enfermería	NECESIDAD AFECTADA: Necesidad de aprender Conocimientos deficientes sobre el tratamiento R/C deterioro de la memoria debido a la edad R/C limitación cognitiva
P	NOC	(01813) Conocimiento: Régimen terapéutico (181305) Descripción de la dieta prescrita (181306) Descripción de la medicación prescrita
I	NIC	(5616) Enseñanza: Medicamentos prescritos <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a reconocer características distintivas de los medicamentos - Evaluar la capacidad del paciente para tomar los medicamentos por sí mismo - Proporcionar información escrita - Incluir a la familia y buscar el apoyo de un cuidador
E	Evaluación	Paciente y familiar reciben educación sobre el tratamiento Elaboración de plan de alta teniendo en cuenta las necesidades de la paciente

4.2 Argumentación teórica de resultados

Un estudio realizado por Ricon y Bañadares en el año 2016 señala que la cirrosis es una enfermedad caracterizada por la aparición progresiva de lesiones en el parénquima hepático ocasionando fibrosis que alteran la forma normal del hígado; entre sus causas más frecuentes se encuentran el consumo excesivo de alcohol y la hepatitis c(1), otro estudio realizado en el mismo año por Gaviria, Correa y Navas indica que el consumo de alcohol está relacionado con varias enfermedades, entre ellas la cirrosis hepática, puesto que más del 90% del alcohol ingerido se metaboliza en el hígado(10); esta información se encuentra relacionada con el presente caso puesto que la paciente de estudio indica que durante su juventud fue fumadora y bebedora social lo que se considera como principales factores para el desarrollo de de la cirrosis.

Porbén, Camacho y Artigas en el año 2015 señalan que la escala de Child Pugh es utilizada para valorar el grado de insuficiencia hepática en los paciente cirróticos clasificando según puntuación en estadio A de 5 a 6 puntos, estadio B de 7 a 9 puntos y estadio C de 10 a 15 puntos(28). Otro estudio realizado por Perez y colaboradores en el año 2020 señala que la escala de Child Pugh es una de las herramientas diagnósticas más utilizadas en los pacientes cirróticos, además indica que los pacientes en estadio C tienen un pronóstico de vida de un año, pacientes en estadio B tienen una probabilidad de supervivencia de hasta 5 años y los pacientes en estadio A tienen una probabilidad de supervivencia mayor a 5 años(29). La paciente en cuestión se encuentra en estadio B con una puntuación de 9 según la escala mencionada anteriormente, lo que indica que hay un daño funcional hepático significativo pero la presencia de complicaciones como la hemorragia digestiva y los antecedentes de ascitis, puede ser indicadores de descompensación además de no haber un tratamiento y cuidado adecuado puede evolucionar a circunstancias más graves como la encefalopatía hepática lo cual afecta al sistema nervioso central.

Un estudio realizado por Martínez et al (2016), indica que la hemorragia digestiva alta es la pérdida hemática en cantidad considerable para ocasionar hematemesis o melena teniendo como causa asociada la presencia de várices esófago gástricas(14), por otra parte Oliver y colaboradores en el año 2017 indica que la causa más frecuente de la hemorragia digestiva alta son las varices esofágicas que representan alrededor del 80% de los casos(30); además, un estudio realizado por Moreira y colaboradores (2018) indica que

la hemorragia digestiva alta puede originarse en el esfínter esofágico a nivel superior y el ángulo duodeno yeyuno causando sangrado, hematemesis y melenas(4). Como podemos notar, estos estudios tienen relación con el caso propuesto ya que la paciente en cuestión ingresa a emergencia por referir hematemesis y melenas; además, mediante gastroscopia se evidencia la presencia de varices esofágicas y por la rotura de las mismas se genera el sangrado.

Un estudio realizado en el año 2015 por Winograd, Williams y colaboradores indica que la endoscopia es el procedimiento más preciso para la el diagnóstico oportuno de la hemorragia digestiva con un porcentaje de especificidad de casi 100%(31), información acorde con lo citado por Ricardo y colaboradores, que en su estudio realizado en el año 2018 señalan que la endoscopia tiene una elevada sensibilidad y especificidad para la identificación y ubicación de lesiones sangrantes a nivel digestivo, además, esta herramienta también puede ser utilizado para obtener muestras para biopsias(32). En la paciente de estudio se realiza una gastroscopia para localizar y ligar las varices esofágicas reduciendo de esta manera el sangrado.

Martínez y colaboradores en su estudio realizado en el año 2016 indica que la endoscopia y el tratamiento con beta bloqueadores como el propranolol es efectivo en la cirrosis hepática sobre todo en la profilaxis primaria para prevenir riesgos de sangrado, y en la profilaxis secundaria para evitar reincidencias en los pacientes cirróticos(14). En el presente caso durante la hospitalización la paciente fue tratada únicamente con antifibrinolíticos como el ácido tranexámico y un inhibidor de bomba de protones como el omeprazol, pero en las indicaciones al alta se incluye como tratamiento farmacológico el propranolol el cual es un betabloqueador que ayudará a prevenir la reaparición del sangrado.

Un estudio realizado en el año 2016 por Gómez y Restrepo indica que los pacientes con cirrosis hepática pueden desarrollar múltiples complicaciones que pueden afectar la calidad de vida. Pacientes con hepatopatías crónicas son propensos a desarrollar síndrome neurocognitivo, el cual constituye una de las alteraciones neuropsicológicas que afectan a la calidad de vida tanto del paciente como de los cuidadores(21); sin embargo, otro estudio realizado por Barreto, Lepesqueur y Cadavid en el mismo año señala que sin importar el estadio de la enfermedad en el que se encuentre el paciente, las

complicaciones derivadas de la cirrosis pueden tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes ocasionando: fatiga, baja autoestima y depresión(3).

La cirrosis hepática es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, sobre todo si se llega a una fase descompensada en la cual se requieren tratamientos más avanzados y de mayor cuidado, es por ello que los planes de cuidado elaborados en el presente estudio se realizan teniendo en cuenta el modelo de Virginia Henderson puesto que en su teoría considera que “la función específica de enfermería es ayudar a la persona, enferma o saludable, a realizar las actividades que el paciente realizaría normalmente si tuviese la fuerza y voluntad necesaria, y de esta manera contribuir a su recuperación o a una muerte tranquila”(33).

CONCLUSIONES

La cirrosis hepática se caracteriza por el desarrollo de fibrosis en el tejido hepático permitiendo el aumento de la presión venosa hepática o hipertensión portal; este aumento influye en el desarrollo de varices esofágicas debido a la dilatación de los vasos sanguíneos, los mismos que al romperse dan origen a la hemorragia digestiva.

Si un paciente con cirrosis hepática es tratado de forma oportuna, sigue las indicaciones recomendadas, mantiene un estilo de vida saludable y se permanece en fase compensada, el pronóstico de vida será favorable; pero si el paciente no mantiene un control y seguimiento adecuado los síntomas pueden agravarse y pasar a una fase descompensada dando origen a múltiples complicaciones.

La aplicación de los cuidados de enfermería de forma individual es esencial para lograr la adaptación del paciente y mejorar su condición de vida en el aspecto emocional y afectivo.

RECOMENDACIONES

Al realizar el presente análisis de caso se pudo constatar que la información científica sobre la cirrosis hepática en el país es muy limitada, por lo tanto es necesario fomentar la investigación y el seguimiento de los pacientes que presentan esta enfermedad.

El personal de enfermería cumpliendo con la función de promotor de la salud deberá brindar educación a los pacientes y familiares sobre hábitos saludables y contribuir con el proceso de adaptación.

Es necesario que el personal de salud se mantenga actualizado sobre los diferentes protocolos y guías establecidas por el MSP para que de esta manera, la atención brindada sea de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ricón D, Bañares R. Cirrosis Hepática. Dialnet. 2016;vol 12:597–605.
2. Sanhueza E, Contreras J, Zapata R, Sanhueza M, Elgueta F, López C. Evaluación comparativa entre MELD y Child-Pugh como escalas pronósticas de sobrevida en pacientes con cirrosis hepática en Chile. Scielo. 2017;vol 145.
3. Yepes Barreto I, Lepsqueur Guillen L, Cadavid Asis S. Predictores de calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática crónica en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2015;vol 30:390–8.
4. Moreira O, Rodríguez Z, Manzano E, Rodríguez S, Nazario A, Martínez I. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. Scielo. 2018;vol 47.
5. Delgado M, Chamaidan J, Labanda K, Delgado D. Estudio de casos sobre la cirrosis hepática y sus complicaciones en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2015. Dialnet. 2019;vol 5:759–79.
6. Fernández M, Toala G, Placencia B, Merchán H, Aliatis A. CAUSAS FRECUENTES DE CIRROSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL AMBULATORIO, SEGURO SOCIAL, JIPIJAPA, MANABÍ, ECUADOR. Rev Científica Multidiscip. 2018;vol 2:61–71.
7. Más López C. La gestión de los costos sanitarios de no calidad en los tratamientos de la cirrosis hepática en el Instituto de Gastroenterología. Scielo. 2017;vol 11.
8. Icaza G, Núñez L, Ordaz N, Verdugo C, Caglieri S, Castillo A. Asociación entre variables demográficas y socioeconómicas y mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado. Scielo. 2017;vol 145.

9. Valenzuela V, Salazar M, Cheng L, Malpica A, Huerta 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;Vol 35.
10. Gaviria M, Correa G, Navas M. Alcohol, cirrosis y predisposición genética. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2016;Vol 31:27–35.
11. Klímová K, Camilo Padilla J, Ávila G, Ochoa A. Epidemiología de las infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática, experiencia de un centro español de atención terciaria. *Biomed Rev del Inst Nac Salud*. 2016;vol 36:121–32.
12. Cálamo B, Vinatea L De, Piscoya A, Segura E. Desempeño del índice FIB-4 en el despistaje de várices esofágicas en pacientes con el diagnóstico de cirrosis hepática. *Scielo*. 2020;Vol 40.
13. Concha M, Mertz V, Muñoz G, Delfino A, Cortínez L, Montaña R, et al. Comparación preoperatoria entre pruebas de coagulación y tromboelastografía en pacientes con cirrosis hepática sometidos a trasplante hepático. *Scielo*. 2018;vol 146.
14. Martínez F, Hidalgo M, Galbán J, Martínez A, Montalvo D, Jiménez D. Relación clínico-evolutiva de pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas tratados con propranolol para la prevención de la hemorragia digestiva. *Mediciego*. 2016;vol 22.
15. Cruz Z, Suárez M, Hernández J, Rodríguez H, Pérez T, Barroso L. Evolución de los pacientes con cirrosis hepática compensada. *Invest Medicoquir*. 2018;vol 10:22–35.
16. Arredondo A, Trujillo Y, Chiong M. Acercamiento al tratamiento del paciente cirrótico. *Scielo*. 2019;vol 41.

17. Calderón W, Ascanio M, Yarinsueca P. Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Scielo. 2020;vol 20.
18. Arredondo A, Arredondo Rubido AE. Manifestaciones clínico-endoscópicas del paciente cirrótico. INFOMED. 2020;Vol 42.
19. Domínguez E, Freire F, Navarro P. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico de metástasis hepática. Scielo. 2016;Vol 20.
20. Cubas D, Gálvez J, Caballero J, Delgado P, Chávez E. Hernia umbilical en pacientes cirróticos con ascitis. ¿Tratamiento conservador o quirúrgico? Scielo. 2018;VOL 70.
21. Gómez C, Restrepo J. Encefalopatía hepática mínima. Rev Colomb Gastroenterol. 2016;vol 31.
22. Ríos D, Pereira D, Restrepo J. Hepatitis alcohólica: revisión con énfasis en trasplante hepático y alternativas de tratamiento médico. Rev Colomb Gastroenterol. 2015;VOL 30:420–30.
23. Fabra C, Lescay O, Santiesteban X. Peritonitis bacteriana espontánea en un paciente con cirrosis hepática. Scielo. 2016;vol 20.
24. Feijó F, Bassani L, Alves S, Deutrich M, Coccaro B, Augusto C. Consumo de alimentos de pacientes cirróticos, comparación con estado nutricional y estadificación de la enfermedad. Scielo. 2016;vol 53.
25. Moreira V, Garrido E. Tratamiento diurético en la ascitis del paciente cirrótico. Scielo. 2015;vol 107.
26. Aceves M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Scielo. 2014;vol 29.
27. Correa E, Verde E, Rivas J. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson. Díaz M, Espinosa R, Golubov J,

- Gutiérrez M, Meléndez A, Orea D, et al., editors. Mexico; 2016. 148 p.
28. Porbén N, Camacho J, Artigas R. Disfunción cardiocirculatoria en pacientes con cirrosis hepática. *Mediciego*. 2015;VOL 21:17–26.
 29. Pérez A, Hernández E, Pérez T, Samada M, Hernández J, Puig M. Manifestaciones cardiovasculares de la cirrosis hepática según su gravedad evaluada por la clasificación de Child-Pugh. *Scielo*. 2020;VOL 12.
 30. Oliver L, Jordán A, Alfonso O, Alejo O, Cruz D. Comportamiento de la hemorragia digestiva alta en el quinquenio 2009 a 2013. *Scielo*. 2017;vol 39.
 31. Winograd R, Williams E, Rodríguez D, Ramos J, Guisado Y, Angulo O, et al. Endoscopia en la atención a pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Scielo*. 2015;vol 44.
 32. Ricardo J, Santiesteban H, Nápoles Y, Bairán N, Guillén D. Incidencia de la hemorragia digestiva alta en el adulto mayor. *Banes* 2013–2017. *Rev Estud* 16 abril. 2018;vol 57.
 33. Raile M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Novena. Elsevier, editor. España; 2018. 616 p.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de acceso a la historia clínica, a la UTMACH, para que se emita con el director del Hospital Santa Teresita

Machaía, 18 de septiembre del 2020

LCDA.SARA SARAGURO, Mg
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
PRESENTE_.

De nuestras consideraciones

Nosotros **ROLANDO FELIPE VALENCIA DAVILA** portadora de la cedula de identidad N.º0704789734 y **JULIA CECILIA SARAGURO CEDILLO** portadora de la cedula de identidad N.º 0705397941, Estudiantes del DECIMO SEMESTRE PARALELO "A" en asignatura de TITULACIÓN bajo responsabilidad de la DOCENTE LCDA. ANA LUCIA SUCONOTA PINTADO, Solicitamos a Ud. se nos gestión con el DR. EDWIN GEOVANNY SOCASI DIOSES, DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO "SANTA TERESITA" de la ciudad de SANTA ROSA absceso de historia clínica N.º 0700095714 de la paciente **JULIA MARIA ESPINOZA AGUILAR** con diagnóstico CIRROSIS HEPÁTICA, para nuestro ANALISIS DE CASO con el tema "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON"

Por la atención que otorgue al presente, le anticipo mis agradecimientos.

ATENTAMENTE:



ROLANDO FELIPE VALENCIA DAVILA


C.I. 0704789734



JULIA CECILIA SARAGURO CEDILLO

C.I. 0705397941

Anexo 2. Oficio de acceso a la historia clínica, emitido al director del Hospital Santa Teresita



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Casilla N°. 989- Teléfono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DIRECCIÓN/CARRERA: ENFERMERÍA
Machala, 20 de septiembre del 2020

Señor Doctor
Edwin Geovanny Socasi Dioses
Director Hospital Básico Santa Teresita
En su despacho. -

De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, muy comedidamente, se autorice a quien corresponda, el acceso a la Historia Clínica N° 0700095714 del paciente Julia María Espinoza Aguilar, a los estudiantes del Décimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermería, cuyo tema es titulado: "Proceso de Atención de Enfermería en Paciente con Cirrosis hepática Basado en la Teoría de Virginia Henderson"

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- Rolando Felipe Valencia Dávila CI: 0704789734
- Julia Cecilia Saraguro Cedillo CI: 0705397941


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

SARA
MARGARITA
SARAGURO
SALINAS

Formado legalmente
por SARA MARGARITA
SARAGURO SALINAS
Fecha: 20/09/20
07:11:47 AM

SARA SARAGURO SALINAS
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec

*Recibido
5/10/20
10:21*



www.utmachala.edu.ec