

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso del cuidado enfermero a paciente con ascitis de servicio de
emergencia de un hospital de Lambayeque, 2022**

Trabajo Académico presentado para obtener el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Enfermería: Emergencias y Desastres

Por:

Aidee Llamo Heredia

Susana Rosalina Puicon Centurion

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, 04 de noviembre de 2024

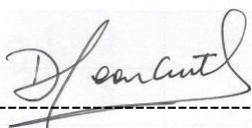
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Delia Luz León Castro, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO A PACIENTE CON ASCITIS DE SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE LAMBAYEQUE, 2022”** de las autoras Llamo Heredia Aidee y Puicón Centurión Rosalina tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 04 días de noviembre del año 2024.



Mg. Delia Luz León Castro

**Proceso del cuidado enfermero a paciente con ascitis de servicio de
emergencia de un hospital de Lambayeque, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Emergencias y Desastres



Dra. María Guima Reinoso Huerta

Dictaminador

Lima, 04 de noviembre de 2024

Proceso del cuidado enfermero a paciente con ascitis del servicio de emergencia de un hospital de Lambayeque, 2022

Aidee Llamo Heredia^a y Puicón Centurion Susana Rosalina^b Mg. Delia Luz León Castro^c

^{a y b} *Autoras del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La ascitis es la acumulación de una cantidad anormal de líquido dentro de la cavidad abdomen (vientre). El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería en un paciente con ascitis. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único; la metodología fue el proceso de atención de enfermería, que incluyó a paciente de 75 años de edad, en el que se siguió todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería; la etapa de valoración fue realizada a través de la técnica: la observación y el instrumento es el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon; se hallaron cinco patrones alterados, priorizándose tres: actividad y ejercicio, perceptivo-cognitivo y patrón nutricional metabólico; la etapa diagnóstica se elaboró en base a la taxonomía II de NANDA I; se identificaron cinco diagnósticos de enfermería, priorizándose tres de ellos: deterioro del intercambio de gases, dolor agudo y complicación potencial acidosis metabólica, según el formato SSPFR (signos y síntomas, problema, factor relacionado/factor de riesgo/asociado a); asimismo, la etapa de planificación se realizó teniendo en cuenta la, Taxonomía NOC, NIC; en la etapa de ejecución, se administraron los cuidados; la evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente. En los resultados, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +2, +2. En conclusión, se gestionó el proceso de atención de enfermería en la paciente, lo que permitió brindar un cuidado de calidad a la paciente

Palabras clave: Ascitis, Proceso de atención de enfermería, Cuidados de enfermería.

Abstract

Ascites is the accumulation of an abnormal amount of fluid within the abdomen (belly) cavity. The objective was to manage the nursing care process in a patient with ascites. The study had a qualitative approach, single case type, the methodology was the nursing care process, which included a 75-year-old patient, in which all the stages of the Nursing Care process were followed: the assessment stage, was carried out through the observation technique and the instrument is the assessment framework of the 11 functional patterns of Maryori Gordon, five altered patterns were found, prioritizing three: activity and exercise, perceptual - cognitive and metabolic nutritional pattern, the stage diagnosis was made based on NANDA I taxonomy II, five nursing diagnoses were identified, prioritizing three of them: impaired gas exchange, acute pain and potential complication metabolic acidosis, according to the SSPFR format (signs and symptoms, problem, related factor/risk factor/associated with); Likewise, the planning stage was carried out taking into account the Taxonomy NOC, NIC, in the execution stage the care was administered and the evaluation was given by the difference in final and baseline scores, respectively. The results obtained a change score +2, +2, +2. In conclusion, the process of nursing care in the patient was managed, which allowed providing quality care to the patient.

Keywords: Ascites, nursing care process, Nursing care.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021, citado por García Torres, 2021), la ascitis 3 de cada 4 casos es secundaria a la cirrosis hepática, enfermedades renales, cardíacas, pancreáticas, tumores o infecciones como la tuberculosis. Asimismo, la ascitis en un 80-85% es afectado por enfermedad cirrótica hepática, el 10% por carcinomatosis y el 35% por enfermedad cardíaca y tuberculosis peritoneal, consideradas como las causas más raras junto a la trombosis de la vena porta, tumores intraperitoneales, enteritis eosinofílica, sarcoidosis, ascitis pancreática, entre otras. Asimismo, en un estudio realizado por Morales Penalva (2021) menciona que la ascitis se presenta el 43.2% por alcoholismo, siendo una ascitis de grado II, un 36.1% de los pacientes tenía ascitis de grado III y solamente un 20.7% desarrolló ascitis de grado I.

En el Perú, la edad media de los pacientes es de 62 años que presentan ascitis, siendo el 20 % varones y 80 % mujeres, entre un 15 % y un 50 % de los pacientes con cáncer desarrollan ascitis, los más frecuentes es bronquios, carcinomas de ovario, mamas, endometrio, estómago y páncreas tienen alta incidencia de ascitis (Carrasco et al., 2022). A la acumulación anormal de líquido en la cavidad peritoneal (abdomen) se le denomina ascitis. La retención de líquido es más de 25 ml; no obstante, puede acumularse volúmenes superiores de un litro. La causa principal de ascitis es la cirrosis hepática (81%). En estudios realizados en pacientes con cirrosis compensada (sin ascitis), se prevé evolucionar a desarrollar ascitis es del 40%, a 5 años de seguimiento (Vaca Mora, 2021).

La presencia de ascitis indica un estado avanzado de la enfermedad, con una mortalidad significativamente mayor que la de pacientes con cirrosis compensada. Otras causas menos comunes que se presenta en la ascitis: 10% cáncer, 3% insuficiencia cardíaca, 2% tuberculosis y 1% insuficiencia renal, inflamación del páncreas (pancreatitis), perjudicando el peritoneo abdominal. La ascitis aumenta más en afecciones hepáticas: aumento de la presión sanguínea

en la vena porta (la vena de gran calibre que lleva la sangre desde el intestino hasta el hígado) y en sus ramas a consecuencia de la cirrosis (cicatrización grave del hígado), por causa del consumo del alcohol, por el hígado graso o por hepatitis vírica; por otro lado, casi el 19 % de los pacientes con cirrosis va a desarrollar ascitis hemorrágica (Vaca Mora, 2021).

Las afecciones hepáticas también pueden desarrollar ascitis: la hepatitis crónica, hepatitis alcohólica grave sin cirrosis y la obstrucción de la vena hepática: síndrome (Bedd-Chiari); cuando hay afección hepática, el líquido ascítico se atraviesa desde la superficie del hígado, el intestino, se aglomera dentro de la cavidad abdominal. Debido a factores: los riñones retienen líquido, hipertensión portal, alteraciones en diferentes sustancias químicas y hormonas que regulan los líquidos corporales. Por lo general, hay fugas de albúmina de los vasos sanguíneos hacia la cavidad peritoneal, en condiciones normales; la albumina la proteína esencial de la sangre ayuda a evitar que el fluido se salga de los vasos sanguíneos. Cuando se produce una fuga de albúmina de los vasos sanguíneos, también se produce una fuga de líquido (Tholey, 2023).

Fisiológicamente, la ascitis comienza con la modificación de la arquitectura del hígado, causada por procesos histológicos secundarios a heridas cicatrizadas, en el parénquima de los nódulos de regeneración que provocan fibrosis y cirrosis. Este tejido con nódulos de regeneración va a oprimir ciertas estructuras de drenaje, originando desbalance entre a presión hidrostática, ocasionando extravasación de líquido que normalmente estaría en los capilares sinusoidales hacia los linfáticos adjuntos, tratando de equilibrar esta sobrecarga drenando en todo el conducto torácico y no tiene otra salida que comenzar a mandar el líquido restante a la cavidad peritoneal. La causa desencadenante en el colapso de los lechos vasculares, provoca consecuentemente la activación de sistemas de compensación, tales como el sistema renina angiotensina aldosterona protagonizando su función más estudiada, que es la de retención de sodio y agua (Moreno y García, 2022)

La ascitis no complicada que se divide: ascitis grado I, su volumen es de 100 ml, se detectada con ultrasonido, la Ascitis grado II, se evidencia una distensión simétrica del abdomen con un volumen aproximado de 3 a 6 litros, la ascitis grado III, se evidencia una distensión abdominal marcada asociada a dificultad respiratoria por elevación del diafragma, disminuyendo la capacidad pulmonar, con un volumen aproximado de 10 litros. Un tipo de ascitis que no desaparece ni con paracentesis es la refractaria, la cual vuelve aparecer al pasar las cuatro semanas se cataloga en dos grupos, de acuerdo con la respuesta del organismo frente al empleo de diuréticos; por otro lado, la intratable con diuréticos que comprende los pacientes que desarrolla complicaciones con el empleo de estos medicamentos, dificultando el uso de dosis necesaria para actuar de manera eficaz ante la enfermedad (Moreno y García, 2022).

La ascitis mayormente no presenta síntomas se expresa, de acuerdo con la cantidad de líquido almacenado, llegando acumularse entre 10 y 12 litros de líquido abdominal, observándose en el aumento de peso y de abdomen, reduciendo la cantidad de diuresis, ocasionalmente se evidencia edemas en miembros inferiores; también se puede manifestar dolor de espalda, cansancio, molestia abdominal, problemas para respirar, sentirse lleno con las comidas, flatulencia además variaciones del ritmo intestinal, presentando riesgo de infección de líquido en el paciente con ascitis, conllevando a causar hipertermia y dolor abdominal (Vaca Mora, 2021).

La dieta para estos pacientes es la restricción de sal en la dieta, moderadamente limitar el consumo de sal, con una ingesta diaria no más de 5 a 6,5 g; para ser efectivo el sodio en las comidas debe ser menor que el sodio en la orina y evitando las comidas precocinadas, el cual deben recibir asesoramiento nutricional sobre el contenido de sodio en la dieta; esto ayuda a eliminar la ascitis en 10-20% de los pacientes sin necesidad de diuréticos y

Tenemos la ascitis grado II (moderada) y III (a tensión), en pacientes en grado II se utilizó diuréticos: furosemida, amilorida y espironolactona; a esto se tiene que evaluar la

pérdida de peso y si encontramos edemas periféricos también; mientras que en el grado III, se usó paracentesis evacuadora, diuréticos y de acuerdo con la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen (López, 2022).

Si la extracción es menor a 5000 mililitros, se recomienda expansores plasmáticos: Dextran, Haemacel en 125 ml por c/litro extraído por V.I, si la extracción es mayor a 5000 mililitros la recomendación es albumina humana de 8 – 10 g/L extraído por V.I. En ascitis refractaría se utiliza la paracentesis evacuadora de repetición, pero esto se realiza analizado la en qué condiciones se encuentra el paciente, si la necesidad es de tres a más extracciones al mes; se debe analizar si se cuenta con el recurso: instalación de prótesis intrahepática porto sistemática o derivación percutánea porto sistemática intrahepática. Considerar el trasplante hepático, de acuerdo con las características particulares de cada paciente con insuficiencia hepática crónica (López, 2022)

En la presente investigación se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería; es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de Enfermería, en cualquier ámbito de desempeño profesional, teniendo como objetivo la atención integral, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad, garantiza la integridad de la asistencia, enfatizando aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales en el cuidado de la persona. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, ya que promueve un cuidado humanístico centrado en resultados, aporta continuidad a las intervenciones de enfermería y se convierte en un instrumento, para evaluar de forma continua la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería (Chávez Gutiérrez, 2021).

La enfermera cumple un papel esencial en el servicio de emergencia, cumpliendo con varias funciones en las diferentes situaciones o eventos, que se presentan en emergencia, entre ellas: interactuando con los usuarios brindando una atención integral, holístico y oportuno

para ayudar en la recuperación de sus facultades físicas, mentales y sociales, logrando así ser unas personas autónomas, satisfaciendo sus necesidades básicas fundamentales. Es fundamental la coordinación de enfermería con su equipo multidisciplinario, poniendo la enfermera como la encargada de asistir a sus pares basándose en su conocimiento científico-técnico (Ortiz Martínez, 2019).

Metodología

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, tipo de estudio caso único, y como método el proceso de atención de enfermería; es un método científico, que utiliza el profesional de enfermería, para desarrollar actividades de manera coherente, precisa, ordenada y sistemática, ofreciendo cuidado de manera lógica, racional, dirigida a la solución de los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia de entender el problema, recolección de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones; todo lo cual se concreta a través del plan de cuidados, lo que concede a la enfermería la categoría de ciencia (Sánchez-Castro et al., 2019). El sujeto de estudio es un paciente de sexo femenino, de 75 años de edad, con diagnóstico médico de ascitis del servicio de emergencia de un hospital de Lambayeque, que se realizó entre los meses de agosto y septiembre del 2022; para la recaudación de datos, se utiliza la técnica de observación, entrevista, examen física y la revisión documentaria (historia clínica); el instrumentos para la valoración que se utilizó fue el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, según los patrones afectados se seleccionaron cinco diagnósticos, priorizando tres de ellos, los mismos que fueron enunciados en base a la Taxonomía II del NANDA I, el planeamiento se elaboró en base a la taxonomía NOC – NIC. Se logró ejecutar la mayoría de las actividades planificadas y se evaluaron el cumplimiento de los objetivos, de acuerdo con los indicadores, considerando la diferencia entre el puntaje final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: D.G.J.

Sexo: femenino

Edad: 75

Días de atención de enfermería: un día

Fecha de valoración: 07 – 09 – 2022

Motivo de ingreso: Paciente refiere que aproximadamente hace 15 días presenta incremento del volumen abdominal, adolorido, dificultad para respirar, desde hace tres días tiene náuseas, vómitos y dolor en pierna izquierda.

Diagnóstico médico: Ascitis

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I: Percepción – Control de la Salud.

Paciente adulto mayor, presenta antecedente de enfermedad: gastritis, cirrosis hepática, Diabetes mellitus tipo II; actualmente tiene como tratamiento: ranitidina 300 mg. 1tabl cada 24 horas, metformina 500 mg cada 24 horas, presente un estado de higiene regular, pregunta “que enfermedad tengo, que cada día crece más mi abdomen, tengo vómitos, me duele la pierna que no puedo pisar bien temo caerme”.

Patrón II: De relación y rol.

Ama de casa, soltera, vivo con sus sobrinos quienes brindan apoyo.

Patrón IV: Perceptivo – Cognitivo.

Paciente está orientada en tiempo, espacio y persona con una escala de Glasgow 15, sin anomalías en la audición, visión y el habla. Paciente refiere “tener dolor en MII, espalda, abdomen cuando quiere vomita”, calificándolo de 7/10 en escala de EVA. Se observa con las pupilas dilatadas (midriasis) por falta de oxígeno.

Patrón V: Tolerancia a la situación y al estrés.

Al paciente se le observa ansiosa, ceño fruncido, llorosa y preocupada por su enfermedad y refiere “hay momentos que me siento sola”

Patrón VI: Descanso – sueño.

Paciente refiere “por las noches no puede dormir, dormiré una 2 ó 3 horas me fastidia mi barriga, el dolor de mi pierna, intento dormir y rápido me despierto”.

Patrón VIII: Patrón nutricional – metabólico.

Familia refiere que hace más o menos 3 día presenta náuseas y vómitos; por eso no se alimenta bien por lo que está adelgazando. Su piel integra, turgente leve palidez, T°: 36.8°C; prótesis dental, cavidad bucal con regular estado de higiene, mucosa oral hidratada e intacta. Su peso actual es de 45 kg. Talla 150 cmt IMC: 20, alimentación por vía oral, la alteración del apetito por la presencia de náuseas y vómitos, sin dificultad para deglutir, abdomen distendido, edematizado, abultamiento de los flancos, paredes laterales se aflojan, abdomen achatado, varices colaterales superficiales dilatada, ausencia de ruidos: íleo paralítico. En el examen de laboratorio se evidencia: hemograma: Hct: 30.4%, Hb. 10.6, Leucocitos: 3.59; en electrolitos esta alterado Na⁺ 136 mmol/l y la bioquímica sanguínea: glucosa: 166 mg/dl urea: 86.4 y creatinina: 2.86 mg/dl y HCO₃: 13.8 mEq/L.

Patrón IX: Patrón Actividad – Ejercicio.

Actividad Respiratoria: con cánula binasal de oxígeno a 2 litros saturando 93% con Fio 32%, taquipnea, (FR: 23 por minuto), cianosis leve, disnea, evaluación AGA: Fio2: 32% PH: 7.35, PCO2: 25, PaO2: 65, SPO2:93%

Actividad Circulatoria: con ritmo cardíaco sinusal, pulso regular: 94 latidos pm, con presencia de pulsos periféricos, edema en MII, presión arterial 130/70 mm Hg. Con presencia de catéter periférico en MSI, mantiene su fuerza muscular.

Ejercicio: Capacidad de Autocuidado: Es parcialmente dependiente en las actividades para el vestido, baño, se moviliza con ayuda de su familia.

Patrón XI: Eliminación e intercambio.

Paciente refiere "miccionó muy poquito será por eso que mi abdomen no baja, también tengo molestias para orinar y no defeco hace dos días por lo que no me alimento bien".

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases (00030)

Características definitorias:

Cianosis, aleteo nasal, taquipnea, pH: 7:35, PCO₂ :25 mm Hg, PaO₂: 65 mm Hg,
SPO₂:93%

Condición asociada

Desequilibrio en la ventilación - perfusión

Enunciado diagnóstico

Deterioro del intercambio de gaseoso, asociado a desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por taquipnea, cianosis leve, Pco₂ :25 PaO₂: 65 cánula binasal con oxígeno a 2 L. SPO₂:93%.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo (00132)

Características definitorias.

Expresión facial de dolor

Referencia de dolor calificado escala EVA 7/10

Factores relacionados

Lesión por agente biológicos

Enunciado diagnóstico

Dolor agudo relacionado con lesión, por agente biológicos evidenciado por expresión facial de dolor, y referencia de dolor intenso calificado escala EVA 7/10

Tercer diagnóstico.

Etiqueta: Problema de colaboración acidosis metabólica

Causas: cirrosis hepática, ascitis

Signos y síntomas: HCO₃: 13.8 mEq/L, pH: 7:35, taquipnea, dolor abdominal, náuseas, vómitos

Enunciado: Pc. acidosis metabólica

Planificación

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases

Resultados de enfermería.

NOC [0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

Indicadores:

Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial PaO₂

Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial PaCo₂

Saturación de oxígeno O₂

Ph: 7:35

Cianosis

Intervenciones de enfermería.

NIC [3140] Oxigenoterapia.

Actividades:

Colocar al paciente en posición semi fowler

Administrar oxígeno 2 litros/minuto, por CBN

Controlar la eficacia de oxigenoterapia con el pulsioxímetro y resultados de gases arteriales

Evaluar la presencia o ausencia de disnea, cianosis

Mantener en reposo al paciente fomentando realizar de técnicas de relajación, respiración.

Segundo diagnóstico.

Dolor agudo

Resultados de enfermería.

NOC [2102] Nivel del dolor.

Indicadores:

Dolor referido

Expresión facial de dolor

Inquietud.

Intervenciones de enfermería.

NIC [1410] Manejo del dolor agudo

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

Monitorizar el dolor, utilizando instrumentos como escala de dolor EVA de 0 a 10

Asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata, antes de que el dolor se agrave: ketoprofeno 100 mg c/d 8 horas.

Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor

Proporcionarle información acerca de las causas del dolor

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, antes, después y si fuera posible durante las actividades dolorosa.

Tercer diagnóstico.

Cp. Acidosis metabólica

Resultados de enfermería.

NOC [0619] Severidad de la acidosis metabólica.

Indicadores:

Disminución del PH sanguíneo

Disminución del bicarbonato sérico

Aumento de la frecuencia respiratoria

Dolor abdominal

Náuseas y vómitos

Intervenciones de enfermería.

NIC [1911] Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis metabólica.

Actividades:

Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásico.

Monitorizar el desequilibrio de electrolitos asociados con la acidosis metabólica.

Mantener un acceso IV. Permeable.

Administrar líquidos, según este indicado para las pérdidas excesivas debido a los trastornos subyacente.

Administración de 3 ampollas de bicarbonato sódico en bolo.

Ejecución

Tabla 1:

Ejecución de la intervención manejo de la vía aérea para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases

Intervención: Oxigenoterapia		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2022	8:10 am	Coloco al paciente en posición semifowler
	8:15 am	Administro oxígeno 2 litros/minuto, por CBN
	10: 10am	Controlo la eficacia de oxigenoterapia con el pulsioxímetro y resultados de gases arteriales
	11:05 am	Evaluó la presencia o ausencia de disnea, cianosis
	12: 00 pm	Mantuvo en reposo al paciente fomentando realizar de técnicas de relajación, respiración

Tabla 2:*Ejecución de la intervención manejo del dolor a para el diagnóstico dolor agudo*

Intervención: Manejo del dolor		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2022	8: 00 am	Se realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
	8: 15 am	Se monitoriza el dolor utilizando instrumentos como escala de dolor EVA de 0 a 10
	8: 30 am	Asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes que el dolor se agrave: ketoprofeno 100mg c/d 8 horas EV.
	9:40 am	Se disminuye o elimina factores que precipiten o aumenten el dolor.
	12: 10 pm	Brindar información acerca de las causas del dolor
	12:50 pm	Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, antes, después y si fuera posible durante las actividades dolorosa.

Tabla 3:*Ejecución de la intervención manejo del equilibrio acido básico: acidosis metabólica para problema de colaboración Cp. Acidosis metabólica*

Intervención: Cp. acidosis metabólica		
Fecha	Hora	Actividades
07/09/2022	8.: 15 am	Se monitoriza las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásico.
	9:10 am	Se monitoriza el desequilibrio de electrolitos asociados con la acidosis metabólica.
	9:15 am	Se mantiene un acceso IV. Permeable.
	9:15 am	Se administra líquidos según este indicado para las perdidas excesivas debido a los trastornos subyacente.
	11:50 am	Se debe instruir al paciente y/o la familia sobre las acciones aplicadas para tratar la acidosis metabólica
	13:00 pm	Se administración de 3 ampollas de bicarbonato sódico en bolo.

Evaluación**Resultado: Manejo de vía aérea.****Tabla 4:***Puntuación basal y final de los indicadores del resultado oxigenoterapia estado respiratorio: intercambio gaseoso*

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial PaO ₂	2	4
Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial PaCo ₂	2	4
Saturación de oxígeno O ₂	2	4
Cianosis	2	4

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado estado respiratorio: oxigenoterapia para el diagnóstico deterioro del intercambio de gases, antes de las intervenciones de enfermería, fue de 2 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de la taquipnea, cianosis leve, aleteo nasal, presión parcial de oxígeno en sangre arterial, Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial, saturación de O₂. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado: Manejo del dolor

Tabla 5:

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado manejo del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Dolor referido	2	4
Expresión facial de dolor	2	4
Inquietud	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado manejo del dolor, seleccionados para el diagnóstico dolor agudo antes de las intervenciones de enfermería, fue de 2 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora de la, dolor referido, expresión facial de dolor. La puntuación de cambio fue de + 2

Resultado: Manejo del equilibrio acido básico: acidosis metabólica.

Tabla 6:

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Severidad de la acidosis metabólica

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Disminución del PH sanguíneo	2	4
Disminución del bicarbonato sérico	2	4
Aumento de la frecuencia respiratoria	2	4
Dolor abdominal	2	4
Náuseas y vómitos	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado: severidad de la acidosis metabólica, seleccionados para el diagnóstico Cp. Acidosis metabólica antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora del malestar, alteración del estado nutricional. La puntuación de cambio fue de + 2.

Resultados

En cuanto a la evaluación de la fase de valoración, la recolección de los datos se obtuvo de la paciente como fuente principal, la historia clínica y los sobrinos como fuentes secundarias. Asimismo, se utilizó básicamente el examen físico, entrevista, la observación como medios de recolección de la información. Luego se organizó la información en la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La dificultad que tuvo la paciente fue la náusea, no la dejó para terminar con la entrevista, dificultando obtener más datos para realizar nuestra valoración.

En la fase de diagnóstico, se realizó el análisis de los datos significativos, según la NANDA, arribando a cinco diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizo tres: deterioro del intercambio de gases, dolor agudo y nauseas. En esta etapa se tuvo cierta dificultad para formular el Cp. Acidosis metabólica y diferenciar bien los diagnósticos y los interrelacionados del diagnóstico de Cp. Acidosis metabólica

La fase de la planificación se realizó teniendo en cuenta las taxonomías NOC y NIC. Se realizó el análisis para determinar los resultados de enfermería, que mejor se relacionen con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes a los resultados. Se tuvo que hacer un reanálisis y ajustes de los indicadores de resultado. La dificultad en esta fase estuvo en establecer la puntuación de los indicadores de resultados, tanto en la línea basal como en la evaluación final, debido a la subjetividad para dicha determinación. En la fase de

ejecución, se llevó a cabo la planificación; no hubo mayores dificultades por la experticia en la realización de las actividades de cada intervención. Por último, la fase de la evaluación permitió hacer la retroalimentación de cada una de las etapas, durante el cuidado que se brindó a la paciente del presente estudio. La evaluación de los resultados de enfermería se detalla en la parte de resultados.

Discusión

Deterioro del intercambio de gases

Así el deterioro de intercambio de gases, es el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación del dióxido de carbono (Herdman et al., 2023). El deterioro del intercambio de gases se muestra al verse afectada la capacidad de los gases, para atravesar por difusión a la membrana alveolo capilar (Villafuerte Vargas, 2019). La falla respiratoria aguda es la incapacidad del aparato respiratorio, para mantener un correcto intercambio gaseoso, sea sin oxigenar adecuadamente la sangre, o permitiendo la acumulación de CO₂, o ambas (Rosas-Sanchez et al., 2022).

En el paciente se observó las siguientes características: coloración azulada taquipnea, descenso en el nivel de dióxido de carbono (PCO₂:25 mmHg), dificultad para respirar, presión parcial de oxígeno (PO₂: 65 mm Hg). Al respecto, Ruiz y Landeros (2018) mencionan que la falta de oxígeno en la sangre puede conllevar a cianosis en piel y uñas, dificultad respiratoria, alto nivel de dióxido de carbono causando confusiones y respiraciones altas.

La condición asociada fue la alteración de la ventilación- perfusión. Según Monjas (2020), esto sucede por cambios de la membrana alveolo capilar que limita el paso del oxígeno a la sangre, causando hipoxemia e insuficiencia respiratoria durante la exacerbación, se produce por la presencia de unidades alveolares pobremente ventiladas. La PAO₂ es baja dichas unidades y la PACO₂ alta, produciendo así una insuficiencia respiratoria. En relación con ello, cabe señalar

que el intercambio gaseoso alterado está relacionado con el desequilibrio ventilación- perfusión alveolar o con los cambios en la membrana alveolo - capilar.

El intercambio de gases depende de la relación ventilación-perfusión y la difusión. La ventilación y la perfusión insuficientes, o ambas, conducen a un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión (Lozano y Jaime, 2022). Con la finalidad de ayudar al paciente a revertir, el deterioro del intercambio de gases se consideró el NIC [3140] Oxigenoterapia, con las siguientes actividades:

Se colocó al paciente en posición semifowler, con esta postura se consigue disminuir el compromiso respiratorio, relajando los músculos abdominales, favoreciendo una mejor expansión de los pulmones, que da lugar a una mejor ventilación y a un aumento del volumen pulmonar, al final de la espiración y la capacidad residual (Morrondo Blanco, 2021).

Se administró oxígeno por CBN a 2 litros a FiO₂: 28%, con fines terapéuticos, dando la cantidad suficiente de oxígeno al paciente para evitar efectos de la hipoxemia, con la finalidad garantizar la oxigenación celular y de los tejidos, evitando las consecuencias negativas de las medidas compensatorias a nivel cardiopulmonar (Pinzón et al., 2023)

¹
Controlar la eficacia de oxigenoterapia mediante la saturación periférica con el pulsioxímetro y gasometría arterial. La oxigenoterapia equilibra las funciones pulmonares y repone el nivel de oxígeno en la sangre, permitiendo el buen funcionamiento de todos los órganos, aliviando los diferentes síntomas, disminuyendo su cansancio diariamente, mejorando su impulso y tono, aumentaría su recorrido, es más eficaz y mejoraría su respiración por el esfuerzo, desarrolla su autonomía, mejoraría su sueño, aumento de apetito y peso, a nivel cognitivo es menos propenso a problemas de memoria, concentración y cambios de humor, el cerebro funciona de manera más eficaz al recibir oxígeno conveniente (Rafael Suárez, 2022).

Evaluar la presencia o ausencia de disnea, cianosis, hipoxia, por medio de una pulsioximetría evidenciando un buen intercambio gaseoso, disminuyendo los síntomas y molestias iniciales, reduciendo el trabajo cardiopulmonar, aumentado en compensación al déficit, como son el aumento de la ventilación y gasto cardíaco (Pinzón et al., 2023).

Se mantiene en reposo al paciente fomentando realizar técnicas de relajación y respiración; su aplicación práctica promueve la ventilación pulmonar y ayuda a mantener permeable la vía aérea, aliviando los síntomas producidos por enfermedades y alteraciones del aparato respiratorio mejorando la calidad de vida del paciente en el proceso patológico.

Dolor agudo

Según Herdman et al. (2023), el dolor es una impresión sensorial y emotivo relacionado con el daño tisular real y potencial, presentándose de manera lento y se va agravando con mayor intensidad a medida que pasa el tiempo afectando el bienestar de la paciente.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable interrelacionados con daños biológicos como acumulación de líquido en el abdomen, de dicho daño o cuya presencia se revela por manifestaciones visibles o audibles de conducta (Vidal Fuentes, 2020).

El dolor agudo, como dolor de comienzo reciente y duración probablemente limitada. Usualmente tiene una relación temporal y causal atribuible a una injuria o enfermedad. Las características definitorias de este diagnóstico son: expresión facial de dolor, es una alternativa más para la evaluación eficaz del dolor en pacientes mayores de 60 años (Prudencio, 2024)

En el estudio de caso clínico, identificó las siguientes características definitorias: expresión facial de dolor y referencia de dolor calificado escala EVA 7/10, siendo características propias de un paciente con ascitis, al valorar la intensidad del dolor, permite realizar un conjunto de actividades e intervenciones que se realiza el profesional de enfermería en el paciente, para mejorar o disminuir el malestar causado por este síntoma (De La Cruz Carhuapoma, 2023).

En cuanto al factor relacionado con el dolor en el paciente en estudio, es el agente de daño biológico. El agente de daño biológico, puesto que la acumulación de líquido en el abdomen y distensión causa dolor, por aumento de la presión intraabdominal, así como aumento de peso (Navarro Sulca, 2022).

Con la finalidad de ayudar al paciente a revertir el dolor se consideró el NIC [1410] manejo del dolor agudo, con las siguientes actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan es fundamental, para determinar qué tratamiento será más adecuado para el paciente, estableciendo una comunicación clara entre el personal sanitario y el paciente, para evaluar, manejar e interpretar el dolor de la forma más precisa posible (Vidal Fuentes, 2020).

Se monitoriza el dolor, utilizando instrumentos como escala de dolor EVA de 0 a 10, este método ayuda a determinar la percepción subjetiva del dolor de la paciente en estudio y administrar adecuadamente los analgésicos indicados (García-Galicia et al., 2021).

En este caso, se prioriza la administración de analgesia en el paciente, para aliviar el dolor y evitar complicaciones: ketoprofeno 100mg c/d 8 horas. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2023), este fármaco es un AINES que posee actividad analgésica y antiinflamatoria, su absorción es rápida y muy completa, la cual hace que la concentración plasmática alcance entre los 30 a 40 minutos después de su administración vademécum

Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor, debe ser correctamente atendido con tratamientos farmacológicos e intervenciones como la paracentesis, idóneos, para el manejo del dolor brindada comodidad al paciente (Covarrubias Gómez et al., 2021). Proporcionarle información acerca de las causas del dolor, es fundamental, porque cada persona tiene derecho a decidir, recibiendo apoyo y conocimiento sobre aspectos tan importantes de su

vida como el proceso de salud/enfermedad a través de un lenguaje claro, coherente y sencillo (Cabezas Morla, 2021).

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, (relajación, musicoterapia, aplicación calor/frío, relajación, capacidad de imaginación guiada, etc.), antes, después y si fuera posible durante las actividades dolorosa, permite contribuir a reducir la tensión y el estrés muscular, bajar la presión arterial y controlar el dolor (Prudencio, 2024).

Pc. Acidosis metabólica

Es una variación constante en la enfermedad renal crónica (ERC). El deterioro de la función renal reduce la excreción neta de ácidos y causa un balance positivo de hidrogeniones, de tal forma que cuando el filtrado glomerular cae por debajo de 20-25 ml/min, se comienza a observar una reducción de bicarbonato en sangre, aunque con análisis bioquímicos más sensibles, como la excreción urinaria de amonio de citrato, se puede demostrar que este defecto metabólico se inicia en estadios menos avanzados de la ERC y antes de que desciendan los niveles de bicarbonato sérico (Caravaca-Fontán et al., 2020).

La ascitis es el almacenamiento de líquido libre en la cavidad peritoneal. El origen más constante es la hipertensión portal. Los signos suelen ser el resultado de la hinchazón abdominal. La valoración se basa en el examen físico, como también de una ecografía o la tomografía computarizada. La terapia farmacológica se basa en una dieta baja en sodio, diuréticos y paracentesis terapéutica. Al presentarse una peritonitis bacteriana espontánea, generara dolor y síndrome febril. El pronóstico médico a una infección va a necesitar el análisis y el cultivo del líquido ascítico, para luego ser tratado con antibióticos (Tholey, 2023).

La ascitis es la complejidad más constante en personas con cirrosis hepática e hipertensión portal, y suele ser la inicial manifestación de la afección en mayor porcentaje de ocasiones. El desarrollo de esta enfermedad es debido a la alteración de la hemodinámica sistémica y asplácica y la capacidad renal. Los cambios estructurales hepáticos son

frecuentemente definitivos, generalmente los enfermos cirróticos generan de ascitis durante el transcurso del padecimiento que, en oportunamente, suelen ser constantes o de dificultad intervención a pesar de su tratamiento. El desarrollo de esta enfermedad durante la cirrosis es señal de mal predicción. La probabilidad de supervivencia uno y cinco años, después del primer episodio de ascitis es del 50 y 20%, respectivamente (Fábrega et al., 2020).

Los signos y síntomas de la paciente fueron: HCO₃: 13.8 mEq/L, pH: 7.35, taquipnea, dolor abdominal, náuseas, vómitos. En la ascitis, encontramos las cantidades insignificantes de líquido dentro del abdomen generalmente no suelen producir síntomas. Las cantidades moderadas pueden aumentar el perímetro de la cintura y provocar el aumento de peso. Si el abdomen contiene grandes cantidades de líquido, pueden aparecer hinchazón abdominal (distensión) y malestar. Se siente tirantez en el abdomen y el ombligo se ve aplanado o incluso protruye hacia fuera. La distensión abdominal ejerce presión sobre el estómago, lo que a veces lleva a la pérdida de apetito y comprime los pulmones, ocasionando a veces dificultad respiratoria. En algunas personas con ascitis, los tobillos se hinchan debido a que el exceso de líquido se acumula en ellos (causando edema) (Tholey, 2023).

Las causas de la paciente fueron: cirrosis hepática, ascitis; según la literatura manifiesta que las causas más específicamente: la hepatitis alcohólica y la cirrosis pueden observarse encefalopatía hepática, hiperbilirrubinemia, hematemesis, eritema acral, telangiectasias, red venosa colateral, hipertrofia de glándulas parótidas, acropaquias, leuconiquia, contractura de Dupuytren y en varones es la aparición del crecimiento mamario, disminución de tamaño de uno o ambos testículos y crecimiento excesivo de vello púbico. Se acompaña de hidrotórax hepático preferentemente del lado derecho, en un 73 al 85% de los casos (Vidal-González et al., 2022).

A esto encontramos revelaciones determinadas del origen de esta enfermedad: la hepatopatía etílica y la hepatopatía grasa no alcohólica pueden mostrarse con encefalopatía,

hiperbilirrubinemia, hematemesis, eritema palmar, arañas vasculares, red venosa colateral, hipertrofia de glándulas parótidas, acropaquias, leuconiquia, contractura de Dupuytren y en el sexo masculino se presenta agrandamiento de una o ambas glándulas mamarias, agrandamiento testicular y el exceso crecimiento de vello. Se acompaña de derrame pleural (hidrotórax hepático) predominantemente del lado derecho, en un 73 al 85% de los casos (Vidal-González et al., 2022).

La ascitis es la complejidad más repentina en personas con cirrosis hepática e hipertensión portal, y suele ser la primera manifestación de la enfermedad en la mayoría de los casos. El desarrollo de esta enfermedad en estas personas es resultado de una trascendental variación de la hemodinámica sistémica y esplácnica y de la función renal. Debido a los cambios estructurales hepáticas son constantemente inalterables, generalmente estos pacientes cirróticos desenrollan incidentes reiterados de ascitis en el transcurso de la enfermedad que, en momentos, pueden ser constantes o de dificultosa intervención a pesar de ser tratados de forma perene. El progreso de esta enfermedad en la cirrosis es de carácter de deficientemente predicción. La probabilidad de supervivencia uno y cinco años después del primer episodio de ascitis es del 50 y 20%, respectivamente (Fábrega et al., 2020).

Las sintomatologías de la ascitis, las diminutas cantidades de líquido dentro del abdomen habitualmente suelen ser asintomáticos. Las cantidades templadas pueden acrecentar el contorno de la cintura e inducir la subida de peso. Si el vientre contiene grandes cantidades de líquido, se observará distensión abdominal y molestia. Se aprecia tensión en el vientre, y el ombligo se ve aplanado o inclusive protruye hacia el exterior. La distensión abdominal realiza presión sobre el abdomen, inclusive encontramos pérdida de apetito, y además que esto genera represión de los pulmones, generando mayormente problemas respiratorios. En algunas personas con ascitis, los tobillos se hinchan debido a que el exceso de líquido se acumula en ellos (causando edema) (Tholey, 2023).

Se estimó la intervención Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis metabólica y se ejecutaron las siguientes ejecuciones:

Vigilar las probables causas antes de pretender tratar los desequilibrios ácido básico; los procesos metabólicos en el organismo generan ácidos consecutivamente y asimismo componen bases; sin embargo, en mínima disposición. El ion hidrógeno es muy reactivo; puede acoplarse con proteínas con carga negativa y, cuando se localiza en concentraciones dominantes, puede alterar su carga, su disposición y su función. Para conservar la función celular, el organismo cuenta con componentes elaborados que almacenan las concentraciones sanguíneas de H^+ dentro de un rango angosto, generalmente entre treinta y siete a cuarenta y tres Eq/L con un pH de 7,43 a 7,37, donde el $pH = -\log [H^+]$. Preferentemente, H^+ es de 40 nEq/L (40 nmol/L) y $pH = 7,40$. Las variaciones de estos componentes consiguen inducir a secuelas hospitalarias peligrosas. El equilibrio ácido base está relacionado estrechamente con el metabolismo hídrico y el balance electrolítico, y la alteración de uno de estos sistemas a menudo afecta al otro (Lewis, 2023).

Monitorizar el desequilibrio de electrolitos asociados con la acidosis metabólica, los desequilibrios electrolíticos tienen muchas causas. La deshidratación, la fiebre, otras enfermedades como problemas hepáticos o renales, algunos medicamentos, los vómitos y la diarrea son algunas de las muchas causas del desequilibrio electrolítico (Wolfsdorf, 2023). El primordial origen de elevación de la urea es la insuficiencia renal. Esta consigue obtener lugar por patología renal, deshidratación, infección, etc. Una insuficiencia renal grave produce la acumulación de toxinas que puede dar lugar al conocido como síndrome urémico (López, 2022). Como se observa en sus exámenes de laboratorio (Urea: 86.4, Creatinina: 2.86).

Mantener un acceso IV. Permeable; esto permitirá la administración de unos medicamentos llamados diuréticos. Los diuréticos hacen que los riñones excreten más sodio y agua en la orina, de manera que la persona orina más (Tholey, 2023).

Administrar líquidos según este indicado para las pérdidas excesivas, debido a los trastornos subyacentes; la finalidad primordial del procedimiento de los pacientes con ascitis es obtener un balance negativo de sodio y de agua, se puede decir que los ingresos de sodio en el tratamiento no superen a las salidas por la diuresis. Iniciando con el tratamiento por diuréticos con una semana de reposo, dieta hiposódica y prohibición hídrica no se logra el control de la ascitis; sin embargo, la persona ingresada se suele iniciar de entrada con diuréticos distales y de asa. La pauta más recomendable es iniciar el tratamiento con 40 mg/día de furosemida y 100 mg/día de espironolactona y, consecutivamente, ajustar la dosis de acuerdo con el resultado clínico, que debe evaluarse atendiendo a los cambios de peso corporal (con una pérdida de 300-500 g diarios en los pacientes sin edemas periféricos y de 1.000-1.500 g en los pacientes con edemas periféricos), volumen de diuresis y natriuresis (Soto et al., 2001).

Administración de Bicarbonato de Sodio, El NaHCO_3 intravenoso permite asegurar el mediano interno disminuyendo el daño celular, ganando tiempo mientras se corrige la patología causal. En esta revisión mencionaremos los aspectos esenciales sobre el uso de NaHCO_3 intravenoso, resaltando en qué momento es beneficioso utilizarlo, determinando cuáles son las principales complicaciones y cómo manejarlas, qué metas de tratamiento utilizar, cómo y en qué dosis administrarlo en los distintos escenarios, la evidencia científica disponible, y por qué es la mejor base en acidosis metabólica severa (Sepúlveda et al., 2022).

Conclusiones

El Proceso de Atención de Enfermería aplicada a paciente con diagnóstico de ascitis fue una excelente metodología de forma sistemática, lógica y ordenada, con resultados favorable.

Es de suma importancia realizar una valoración de Enfermería completa, objetiva, precisa; puesto que es la base para la identificación de los diagnósticos de enfermería pertinentes.

El manejo de la interrelación NANDA-NOC-NIC por parte de los profesionales de enfermería, permite la utilización de un lenguaje unificado que facilita el trabajo de enfermería.

Referencias bibliográficas

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). (2023). *ketoprofeno*. Gobierno de España. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/84876/P_84876.html.pdf
- Cabezas Morla, A. (2021). *Rol de la Enfermería en las Unidades del Dolor* [Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47713>
- Caravaca-Fontán, F., Díaz-Campillejo, R., Valladares, J., López Arnaldo, C., Barroso, S., Luna, E., & Caravaca, F. (2020). Acidosis metabólica en la enfermedad renal crónica: dificultades para una corrección adecuada. *Revista de la Sociedad de Nefrología*, 40(3), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.09.006>
- Carrasco, J., Guitton, W., Raez, J. E., Paz, E., Verona, R., Neira, E. ., Carayhua, D., Arévalo, F., Ernesto Nava, C., & Barrionuevo, C. (2022). Estudio clínico citológico de pacientes con ascitis en un hospital nacional general del Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(1), 16–20. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.365>
- Chávez Gutiérrez, N. E. (2021). *Cuidados de enfermería a paciente postoperado de fractura diafisaria cerrada de tibia y peroné del Servicio de Traumatología de un hospital de Lima, 2021* [Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5076/Nancy_Trabajo_Especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Covarrubias-Gómez, A., Gaspar-Carrillo, S. P., Domínguez-Ocadio, G., Reyes-Chiquete, D., González-Cázares, A. I., De los Reyes-Pacheco, V. A., Ramos-Natarén, R. G., Esquer-Guzmán, H. M., & Santos-García, J. B. (2021). Tercera Cumbre Nacional de Delegados y Vocales de la Asociación Mexicana para Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD). *Revista Mexicana de Anestesiología*, 44(2), 110–115. <https://doi.org/10.35366/99014>
- De La Cruz Carhuapoma, M. (2023). *Nivel de conocimiento sobre el manejo del dolor oncológico del profesional de enfermería del servicio de emergencia de un hospital - Lima , 2022* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

- <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/20444/Delacruz.pdf?sequence=3>
- Fábrega, E., Huelin, P., Fortea, J. I., & Crespo, J. (2020). Ascitis. *Dialnet*, 13(6), 327–337.
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7352107>
- García-Galicia, A., Guzmán-Maya, I., Montiel-Jarquín, Á. J., Parra-Salazar, J. A., González-López, A. M., & Loría-Castellanos, J. (2021). Validación de una escala facial de dolor en pacientes geriátricos posquirúrgico. *Cirugía y Cirujanos*, 89(2), 212–217. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000094>
- García Torres, A. (2021). *Correlación diagnóstica de gradiente de albúmina Suero - Ascitis (GAS-A) y concentración de proteínas en líquido ascítico y suero para el diagnóstico diferencial de ascitis en paciente hospitalizados en el Servicio de Medicina. Hospital II-2 Tarapoto. Ener.*
- [https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4081/1/MED.HUMANA - Andres García Torres.pdf](https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4081/1/MED.HUMANA-AndresGarciaTorres.pdf)
- Herdman, H. T., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (2023). *Diagnósticos Enfermería Definiciones y Clasificación* (12a ed.). Elsevier. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/NANDA_21.pdf
- Lewis, J. L. (2023). *Regulación del equilibrio ácido base*. Manual MSD.
- [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinológicos-y-metabólicos/regulación-y-trastornos-del-equilibrio-ácido-base/trastornos-del-equilibrio-ácido-base#Diagnostico_v987362_es](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinologicos-y-metabolicos/regulacion-y-trastornos-del-equilibrio-acido-base/trastornos-del-equilibrio-acido-base#Diagnostico_v987362_es)
- López, A. (2022). *Urea alta en análisis: ¿qué significa y cómo tratarla?* Savia.
- <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/urea-alta-en-analisis-que-significa-y-como-tratarla>
- Lozano Rojas, N. F., & Jaime Ramos, S. J. (2022). *Cuidados enfermeros a adulto mayor con dificultad respiratoria IRA, tipo I del servicio de Emergencias de un hospital público de Ayacucho, 2021* [Universidad peruana unión].
- https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6202/Nancy_trabajo_especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Monjas, P. J. (2020). *Insuficiencia respiratoria y disnea*. <https://biocritic.es/wp->

content/uploads/2020/03/Insuficiencia-respiratoria-y-disnea.pdf

Morales Penalva, R. (2021). *Ascitis y Encefalopatía, Causas de Muerte y Supervivencia del Paciente por Cirrosis Alcohólica y su Influencia Inmunológica*. Universidad de Murcia.

Moreno Camposano, C. D. C., & García Prado, Á. I. (2022). *Paracentesis evacuadora como tratamiento paliativo en pacientes con ascitis refractaria en el Hospital General del norte de Guayaquil los Ceibos en el periodo de enero del 2019 hasta enero del 2020* [Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18928>

Morondo Blanco, N. (2021). *Revisión de los cuidados posturales en el tratamiento de patología*.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47877/TFG-H2305.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Navarro Sulca, K. (2022). *Proceso de atención de enfermería a paciente con Síndrome de Guillan Barré del Departamento de Neurodegenerativas de un Instituto especializado de Lima, 2021* [Universidad Peruana Unión]. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Katherine_Trabajo_Especialidad_2022.pdf

Ortiz Martínez, A. M. (2019). *Rol de Enfermería en urgencias, emergencias y desastres* [Corporación Universitaria Adventista]. [https://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/914/Proyecto de Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/914/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pinzón Jaimes, C., González Sánchez, L. A., Ortiz Fuentes, I., Polanía Robayo, A. Y., & Márquez

Moreno, O. R. (2023). *Guía didáctica para Enfermería. Módulo: oxienoterapia*.

<https://doi.org/10.19053/9789586607551>

Prudencio, J. P. (2024). *Evaluación y manejo del dolor agudo en el paciente sometido a cirugía mayor*.

Hospital Marcos Chamorro Igesias. [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/JUAN PABLO PRUDENCIO 2019.pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/JUAN%20PABLO%20PRUDENCIO%202019.pdf)

Rafael Suárez, E. K. (2022). *Conocimiento y manejo de oxigenoterapia por el profesional de enfermería en la evolución de pacientes con insuficiencia respiratoria - servicio de emergencia de un hospital del Callao- 2022* [Universidad Norbert Wiener].

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7889/T061_73613225_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rosas-Sanchez, K., Gutierrez-Zarate, D., Martinez-Zubieta, R., Alvarez-Maldonado, P., & Monares-Zepeda, E. (2022). Falla respiratoria aguda: Hace 50 años, Hoy y Dentro de 50 años. Una revisión narrativa. *Revista Chilena de Anestesia*, 51(2), 234–244.
<https://doi.org/10.25237/revchilanestv5110021259>
- Ruiz González, M., & Landeros López, M. (2018). *Proceso Cuidado Enfermero en pacientes críticos con diagnostico “deterioro del intercambio de gases”*.
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4603/TESINA MAURICIO RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez-Castro, J., Ramírez-Martínez, A., Tonguino-Tonguino, A., & Vargas-López, L. (2019). Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. *Revista de Sanidad Militar*, 73(5–6), 277–281. <https://doi.org/10.35366/93326>
- Sepúlveda, R. A., Juanet, C., Sharp, J., & Kattan, E. (2022). Bicarbonato de sodio intravenoso ¿Cuándo, cómo y por qué utilizarlo? *Revista médica de Chile*, 150(9), 1214–1223.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000901214>
- Soto Blanco, F., Delgado Martín, A. E., Nartínez Tirado, P., Jiménez Riveres, S., Guillamón Sánchez, M., & Redondo Cerezo, E. (2001). Un Paciente Con Ascitis En Atención Primaria. *Medicina integral*, 38(2), 57–63. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-un-paciente-con-ascitis-atencion-13015325>
- Tholey, D. (2023). *Ascitis*. Manual MSD. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-hgado-y-de-la-vesícula-biliar/manifestaciones-clínicas-de-las-enfermedades-hepáticas/ascitis#Tratamiento_v758941_es
- Vaca Mora, R. I. (2021). *Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Nutrición y Dietética* (Números 1–39) [Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11663/E-UTB-FCS-NUT-000297.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vidal-González, D., Moreno-Madrigal, L. G., Pérez-López, K. P., & Vera-Nungaray, S. A. (2022).

AAscitis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Interna de Mexico*, 38(6), 1223–1232.

<https://doi.org/10.24245/mim.v38i6.5111>

Vidal Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 232–233.

<https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>

Villafuerte Vargas, L. K. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018. En *UPeU*. Universidad Peruana Unión.

Wolfsdorf, J. (2023). *Desequilibrio de electrolitos ¿ Qué es el desequilibrio electrolítico ?* Nicklaus Childrens Hospital. <https://www.nicklauschildrens.org/condiciones/desequilibrio-de-electrolitos>

Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro del intercambio de gases a asociado a desequilibrio en la ventilación-perfusión evidenciado por taquipnea, aleteo nasal, cianosis leve, Pco2 :25 PaO2: 65 cánula binasal con oxígeno a 3 L. SPO2:93%,	Resultado NOC: Estado respiratorio: intercambio gaseoso	4	Mantener en	Intervención: Oxigenoterapia (3140)	M	T	N	4	+2
			Aumentar a:	Actividades:					
	Escala: De desviación grave del rango normal (2) a sin desviación del rango normal(4)			Se colocar al paciente en posición semi fowler	→	→	→	4	
	Indicadores:			Se administrar oxigeno 2 litros/minuto, por CBN	→	→	→		
	Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial PaO2	2		Se controlar la eficacia de oxigenoterapia (pulsioxímetro, gases arteriales) según corresponda	→	→	→	4	
	Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial PaCo2	2		Se evaluar la presencia o ausencia de disnea, cianosis	→	→	→	4	
	Saturación de oxígeno O2	2		Se mantiene en reposo al paciente y se fomentando realización de técnicas de relajación y respiración	→	→	→	4	
Cianosis	2			→	→	→	4		

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución	Evaluación			
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades		Puntuación final	Puntuación de cambio		
Dolor agudo relacionado con lesión por agente biológicos manifestado por expresión facial de dolor, y referencia de dolor intenso calificado escala EVA 7/10	Resultado NOC: Nivel del dolor (2102)	4	Mantener en	Intervención: Manejo del dolor agudo	M	T	N	2	+2
			Aumentar a:	Actividades:					
	Escala: De desviación grave del rango normal (2) a sin desviación del rango normal(4)			Se realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.	→	→	→		
	Indicadores:			Se monitorizar el dolor utilizando instrumentos como escala de dolor EVA de 0 a 10	→	→	→		
	Dolor referido	4		Se asegurar que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes que el dolor se agrave: ketoprofeno 100mg c/d 8 horas.	→	→	→	2	
	Expresión facial de dolor	4		Se disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten el dolor	→	→	→	2	
				Se proporcionarle información acerca de las causas del dolor	→	→	→		
				Se enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, antes, después y si fuera posible durante las actividades dolorosa.	→	→	→		

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Complicación potencial acidosis metabólica	Resultado NOC: Cp. acidosis metabólica	4	Mantener en	Intervención: Manejo del equilibrio acidobásico: acidosis metabólica	M	T	N	4	+2
			Aumentar a:	Actividades:					
	Escala: De desviación grave del rango normal (2) a sin desviación del rango normal(4)			Se monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios acidobásico.	→	→	→		
	Indicadores:			Se monitorizar el desequilibrio de electrolitos asociados con la acidosis metabólica.	→	→	→		
	Disminución del PH sanguíneo	2		Se mantener un acceso IV. Permeable.	→	→	→	4	
	Disminución del bicarbonato sérico	2		Se administrar líquidos según este indicado para las perdidas excesivas debido a los trastornos subyacente.	→	→	→	4	
	Aumento de la frecuencia respiratoria	2		Se instruye al paciente y/o la familia sobre las acciones aplicadas para tratar la acidosis metabólica	→	→	→	4	
	Dolor abdominal	2		Se administración de 3 ampollas de bicarbonato en bolo.	→	→	→	4	
Náuseas y vómitos	2						2		

Apéndice B: Marco de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES	H.C.:.....
Nombre:..... Fecha y hora de nacimiento:...../...../..... Edad:.....días Sexo: M F Fecha y hora de ingreso al servicio:...../...../.....:.....:..... Procedencia: SOP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> EMG <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> A.C <input type="radio"/> UCIN <input type="radio"/>	
Forma de llegada: Incubadora <input type="radio"/> Cuna <input type="radio"/> otro:..... PC.....cm PT.....cm Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC.....x' FR.....x' SatO ₂ :.....% T°:.....°C APGAR 1' _____ 5' _____ EG _____ Dx. Medico de ingreso:..... Seguro:.....	
Nombre de la madre Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono.....	
Nombre del Padre..... Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono:..... otro:.....	
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES	

I. Patrón percepción control de la salud
Antecedentes Madre: - DM () HIV () HEPATITIS () HIPOTIROIDISMO () - TORCH () VDRL () Otro:..... - Hemoglobina: - Alergias: No () Si () especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... - N° de gestación..... Aborto..... Numero de hijo vivo:..... - Control prenatal: No Si N°..... Grupo S. y factor:..... - Complicación gestacional: RPM () Preclampsia () Eclampsia () Síndrome de HELLP () Otro..... Padre: - DM HIV HEPATITIS Otro:..... - Alergias: No Si especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... Parto: - Intrahospitalario () Extrahospitalario () - Tipo: Vaginal espontaneo Vaginal instrumental Cesárea: si () no () Tipo de anestesia: Epidural () Raquídea () General () - Presentación: Cefálico () Podálico () Transverso () - L. Amniótico: Claro () Meconial () Contacto precoz: No () Si () RN o Neonato - Apgar: 1' _____ 5' _____ ptos EG : _____ - Sufrimiento fetal: No Si - Circular: Simple () Doble () Ninguno () - Profilaxis: umbilical () ocular () vit. K () - Estado de higiene: Buena Regular Mala Comentario adicional:

II. Patrón de relaciones-rol
- Cuantos hijos tienen los padres: - Que numero de hijo es: - Parentesco entre los padres: casados () Convivientes () Divorciados () - Soporte familiar: _____
III. Patrón valores - creencias
- Restricciones religiosas: No Si especificar: - Religión de los padres: Católica Otro: - Comentario adicional:.....
IV. Patrón Autopercepción autoconcepto /Adaptación afrentamiento Tolerancia a la situación y al estrés
- Estado emocional del Neonato: Tranquilo Irritado Llanto persistente - Estado emocional de los padres: Tranquilo Ansioso Irritable Indiferente. - Muestra interés por la situación de su hijo: Si () No () - Preocupación principal de los padres:
V. Patrón perceptivo cognitivo
- Estado de conciencia: Dormido () Activo () Somnoliento () sedado: Reactivo () Letárgico () Hipoactivo () - Reflejos: succión () búsqueda () plantar () Babinski () Moro () - Presencia de anomalías: Visión..... Escucha..... - Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No reactivas () Tamaño () - Dolor: No () Si () especificar:..... - Comentario adicional:.....

VI. Patrón actividad ejercicio

Actividad respiratoria

- Espontanea () FR: Sat:.....
Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()
- Fio₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP ()
- TET N^o..... FUADO EN:.....
- V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: Fio₂:
FR: VT: PS: PEEP:
- Cianosis: No () Sí () Zona:
- Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()
Tiraje () Pte de Silverman:
- Ritmo: Regular () irregular () Ruidos respiratorios: MV ()
Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP.....
HTD..... HTI.....
- Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta ()
Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()

Actividad circulatoria

- Ritmo: Regular () irregular ()
- Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" () Obs:.....
- Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente ()
- Frialdad: MSI () MSD () MII () MID ()
- Edema: No () Sí () localización:.....
- Líneas invasivas: No () Sí () Vía central () PICC () CUV-CUA ()
Vía Periférica () ubicación: MMSS () MMII () Yugular ()

Ejercicio

- Tono muscular: Conservado () hipotonía () hipertonia ()
- Tremores ()
- Movilidad: Conservada () limitada ()

Comentario adicional:.....

VII. Patrón descanso sueño

- Horas de sueño: regular irregular
- Duerme con dificultad: Sí () No ()
- Se despierta con facilidad: Sí () No ()
- Recibe medicamentos estimulantes:Otro:
- Comentarios adicionales:.....

VIII. Patrón nutricional-metabólico

Alimentación: NPO () NPT () NPP () LME () LM ()
FM () por LM () Gotero () SNG () SOG () SGT ()
SY () Gastroclisis ()

observación:.....

Piel:

- Diaforesis: Sí () No () Temperatura:.....
H.O: Días:
Vermis caseosa () Lanugo () Miliun () Eritema ()
- Color: Rosada () Pálida () ictérica ()
otro:.....
- Integridad: No () Sí ()
especificar:.....
- Fontanela : Abombada () deprimida ()

Boca

- Vómitos: No () Sí () Características:.....
- Malformaciones: No () Sí () Especificar:.....

Abdomen

- Blando () Depresible () Distendido () Doloroso () Globuloso ()
- Perímetro abdominal:.....cm
- Ruido hidroaéreo: Presente () disminuido () aumentado ()
ausente ()
- Drenajes: No () Sí ()
Características:.....
- Comentarios:

IX. Patrón Eliminación

- Ano permeable: Sí () No ()
Intestinal:
Estreñimiento () Días:.....
N° deposiciones/día:.....
Características:
Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre ()
(Consistencia:.....
Colostomía () ileostomía ()
Fecha de colocación:.....
Comentarios:.....
- Malformación:.....
Vesicales:
Micción espontánea: Sí () No ()
Características:.....
Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()
Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre ()
Fecha de colocación:.....

X. Patrón -sexualidad-reproducción

- Varón:** Testículos descendidos: Sí () No ()
Malformaciones:.....
Mujer:
Labios genitales: Normales () Edematizados ()
Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
Malformaciones:.....

OBSERVACIONES:

.....

TTO. MEDICO ACTUAL

.....

.....

Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C

Firma y sello de la enfermera:

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el presente estudio tiene el objetivo de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente del servicio Unidad de emergencia. Este trabajo académico está siendo realizado por las licenciadas: Llamo Heredia, Aidee y Puicon Centurion, Susana Rosalina, bajo la asesoría de nuestra docente de curso. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones
orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de valoración



Escala Análoga Visual EVA

Elaboraron: Saucedo Victoria ME. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".



DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

Agudo

Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.

Crónico

Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema musculoesquelético.

FASES

Fase 1

Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.

Fase 2

Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.

Fase 3

Estados dolorosos anormales debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.