



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN
PRIVADA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL ATENCIÓN
AL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

P R E S E N T A

L. E. MATIAS EDUARDO RODRIGUEZ NORIEGA

DIRECTORA

MTRA. TERESA OJEDA CHACON

CODIRECTORA

MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ

Cuernavaca. Mor, Noviembre 2023

DEDICATORIA

A mi familia que me han apoyado a diario y han compartido conmigo todo este proceso de aprendizaje y mejora.

Dedico esta tesina a mi centro laboral, por proporcionarme las facilidades para seguir actualizándome y superándome en el ámbito profesional.

A mi profesión que en todo sentido es la fuente que me impulsa a buscar obtener la mejora continua, actualizándome día con día, para dar lo mejor de mí a quienes lo necesitan.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme consolidar esta etapa de mi vida y de mi formación profesional.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional en esta etapa, en la lucha de alcanzar mis objetivos personales y profesionales, el estar ahí cuando lo he necesitado.

A mi directora de tesina, la Maestra Teresa Ojeda Chacón y a mi codirectora de tesina, la Maestra Alma Rosa Morales Pérez, por su exigencia y colaboración, además de su paciencia en la elaboración de esta tesina.

A todo el cuerpo académico que ha sido parte importante, por transmitir sus conocimientos y ayudar a formar mejores profesionales.

RESUMEN

La encefalopatía hepática es un problema de salud relevante que afecta a una importante proporción de la población y requiere de cuidados específicos y de calidad para el restablecimiento de la salud. Contar con planes de cuidado estandarizados favorece la atención de enfermería de calidad en beneficio de los pacientes, al disminuir los riesgos, costos de atención y favoreciendo la pronta recuperación. **Objetivo.** Establecer el método para realizar un plan de cuidados de enfermería estandarizado, para pacientes con encefalopatía hepática. **Metodología.** Se realiza un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, con una muestra de 21 profesionales de enfermería con diferente nivel académico que labora en una institución privada. Se realiza un diagnóstico de los conocimientos del personal mediante la aplicación de un cuestionario de 20 preguntas de conocimientos de Encefalopatía Hepática, Proceso Atención de Enfermería, Integración de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, Guías de Práctica Clínica y Planes de Cuidado, con opción múltiple donde la respuesta correcta vale 2 puntos y la incorrecta vale 0. Posteriormente se implementara un plan de trabajo colaborativo, donde se desarrollará, junto con el personal de enfermería un plan de cuidados, utilizando los lineamientos establecidos en el Modelo de Cuidado de Enfermería, se evaluarán los resultados del plan a través del cambio en la forma de atención de los pacientes con encefalopatía hepática. **Resultados.** Los resultados de la evaluación diagnóstica arrojan un índice de eficiencia general bueno del 92%, y obtenemos como resultados que el 92 % de los profesionales de enfermería cuentan con el conocimiento sobre EH. El 89 % con conocimiento del Proceso Atención Enfermero. El 94 % con conocimiento de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC. El 96 % con conocimiento sobre Guías de Práctica Clínica y por último tan solo el 86 % de los profesionales poseen el conocimiento sobre Plan de cuidados, por lo que es factible hacer hincapié en el método y lineamientos para la elaboración del plan de cuidados. **Conclusión.** Un plan de cuidados estandarizado a pacientes con encefalopatía hepática es factible de implementar para mejorar la calidad y garantizar la calidad del cuidado de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Encefalopatía, Hepática, Proceso, Atención, Cirrosis, Plan de cuidados.

SUMMARY

Hepatic encephalopathy is a relevant health problem that affects a significant proportion of the population and requires specific and quality care to restore health. Having standardized care plans favors quality nursing care for the benefit of patients, by reducing risks, care costs and favoring prompt recovery. Objective. To establish the method to create a standardized nursing care plan for patients with hepatic encephalopathy.

Methodology. A quantitative, cross-sectional, descriptive study was carried out with a sample of 21 nursing professionals with different academic levels working in a private institution. A diagnosis of the knowledge of the personnel will be made through the application of a 20-question questionnaire on knowledge of Hepatic Encephalopathy, Nursing Care Process, and Integration of NANDA-NOC-NIC taxonomies, Clinical Practice Guidelines and Care Plans, with multiple choice where the correct answer is worth 2 points and the incorrect answer is worth 0. Subsequently, a collaborative work plan will be implemented, where a care plan will be developed together with the nursing staff, using the guidelines established in the Nursing Care Model, and the results of the plan will be evaluated through the change in the way patients with hepatic encephalopathy are cared for. **Results.** The results of the diagnostic evaluation show an overall good efficiency index of 92%, and we obtain as results that 92% of the nursing professionals have knowledge about HD. 89 % with knowledge of the Nursing Care Process. 94 % with knowledge of the NANDA-NOC-NIC Taxonomies. 96% have knowledge of Clinical Practice Guidelines and finally only 86% of the professionals have knowledge of the Care Plan, so it is feasible to emphasize the method and guidelines for the development of the care plan. **Conclusion.** A standardized care plan for patients with hepatic encephalopathy is feasible to implement to improve the quality of nursing care.

Keywords: Nursing, Encephalopathy, Liver, Process, Care, Cirrhosis, Care plan.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.	2
MARCO TEÓRICO.	2
1.1 Antecedentes de Investigación	2
1.2 Cirrosis hepática	4
1.3 Encefalopatía hepática	16
1.4 El Proceso Atención de Enfermería (PAE).....	27
1.5 Taxonomías: NANDA, NOC, NIC.....	44
1.6 Guía de Práctica Clínica	46
1.7 Plan de cuidados estandarizado	48
1.8 Marco conceptual.....	55
1.9 Teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	58
CAPITULO II.....	61
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	61
JUSTIFICACIÓN.....	62
CAPITULO III.	64
OBJETIVOS.....	64
3.1 Objetivo General:	64
3.2 Objetivos Específicos:.....	64
CAPITULO IV.....	65
4.1 PROPUESTA A IMPLEMENTAR	65
CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	86

Índice de Tablas

Nombre	Titulo	Página
Tabla 1	Gradiente de Mortalidad por cirrosis hepática en México por estado	5
Tabla 2	Escala Child Pugh	8
Tabla 3	Clasificación escala Child Pugh	8
Tabla 4	Manifestaciones neurológicas de la encefalopatía.	23
Tabla 5	Instrumento de valoración a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson aplicado a un paciente con Encefalopatía Hepática.	28
Tabla 6	Elaboración de diagnósticos con formato PESS	33
Tabla 7	Listado de diagnósticos de enfermería y actividades por cada una de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson	34
Tabla 8	Evidencias y recomendaciones según práctica clínica, aplicables a un diagnostico enfermero de: Riesgo de Infección	41
Tabla 9	Simbología encontrada en Guías de Práctica Clínica	47
Tabla 10	Variables de conocimiento.	68
Tabla 11	Criterios de evaluación según el cuestionario aplicado.	68
Tabla 12	Resultados de cuestionario aplicados.	69
Tabla 13	Resultados de evaluación diagnóstica.	70
Tabla 14	Porcentaje de conocimiento según variables de investigación	72
Tabla 15	Presupuesto para desarrollo de plan de cuidados.	75

Índice de Cuadros

Cuadro 1	Plan de cuidados de enfermería paciente con encefalopatía hepática.	53
Cuadro 2	Formato para la elaboración del plan de cuidados	74

Índice de Imágenes

Imagen 1	Formato del método para elaborar un de plan de cuidados de enfermería.	38
----------	---	----

Índice de Graficas

Grafico 1	Índice de eficiencia general	70
Gráfico 2	Resultados de evaluación diagnóstica por caso	71
Gráfico 3	Resultados de evaluación diagnóstica.	71
Gráfico 4	Porcentaje de conocimiento de acuerdo a las diferentes variables.	73

INTRODUCCIÓN

Los planes de cuidados estandarizados son una herramienta indispensable para el desarrollo de la enfermería, por lo que es necesario incorporarlos a los procesos de la práctica enfermera por las ventajas de su utilización, que entre otras cosas disminuyen la variabilidad de la asistencia, unifican los criterios de cuidado, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilitan la identificación de las intervenciones a aplicar, contribuyendo así a la mejora de la práctica enfermera basada en la evidencia científica.

La presente tesina es una propuesta para desarrollar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes con encefalopatía hepática en una institución privada, dada la importancia de proporcionar atención e intervenciones pertinentes en la atención de estos pacientes, otorgando calidad mediante la estandarización de los procedimientos de enfermería, minimizando el tiempo de espera para el paciente, y evitando posibles complicaciones.

La propuesta se desarrollará en una institución privada, desde el diagnóstico del nivel de conocimientos del personal de enfermería y la evaluación de las actividades hasta el desarrollo y seguimiento de la implementación del plan de cuidados.

La propuesta se basa en el modelo de trabajo colaborativo para la elaboración del plan de cuidados se realizará de acuerdo al Proceso Atención de Enfermería, con la integración de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, teniendo como referencia la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Encefalopatía Hepática en el Adulto.

Se espera que sea una herramienta útil, tanto para el personal con más antigüedad en esta clínica, así como el personal de nuevo ingreso.

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes de Investigación

Ibáñez y colaboradores (2020), en su investigación titulada: *Planes de cuidados enfermeros de estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos*, realizado en Colombia. Realizaron un estudio transversal en el que participaron 33 estudiantes de enfermería de quinto nivel, en donde se comparó la aplicación del proceso de enfermería y la elaboración de planes de cuidado. En el cual se demostró que es necesario incorporar un aprendizaje autorregulado, reflexivo y articulado para fortalecer el conocimiento mediante el uso de estrategias de pensamiento crítico para la comprensión de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

En estudio realizado por Ríos y colaboradores (2020) España, titulado: *Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria*, realizaron un estudio descriptivo, transversal multicéntrico, con una muestra de 1668 enfermeras. Se demostró que el 66,7% de las enfermeras encuentran que los planes de cuidados son aplicables en cualquier ámbito de prestación de cuidados, que aporta un valor añadido relativo (5,4; IC 95%: 5,1-5,6) y un grado de seguridad (5,8; IC 95%: 5,2-6) y utilidades suficientes (5,3; IC 95%: 5,1-5,4). Sin embargo, 96,6% refiere que el Plan de Cuidados se emplea de forma incorrecta (3,7; IC 95%: 3,4-3,9). Concluyen que es necesario introducir cambios en el uso de los planes de cuidados, incluyendo el cambio de lenguaje, para mejorar los datos y la información para la mejora de los resultados de salud.

Vidal y Vicente (2016), en Tabasco, México, realizaron un estudio titulado *Planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería en un hospital pediátrico en el sureste de México*, presentan un estudio cuantitativo con diseño descriptivo de tipo probabilístico de forma aleatoria simple, la muestra fueron 72 enfermeras del servicio de

medicina interna y cirugía de los diferentes turnos del Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Centro Tabasco, el resultado fue que las enfermeras identifican que los PLACE favorecen: la seguridad en la práctica profesional, facilita la toma de decisiones para el cuidado individualizado, fundamentan la práctica profesional y consideran que contribuye a práctica profesional basada en evidencia científica, que favorece el prestigio e imagen profesional ante la sociedad y otras disciplinas.

En relación con la institución, Vidal encontró que mejora la calidad del servicio enfermero, coadyuva a la acreditación y certificación de la unidad hospitalaria, y que fortalece la imagen institucional. Con relación a los pacientes, mejora la calidad de la atención, que influye para una atención oportuna, segura, eficiente y humana, incrementa la satisfacción por la atención recibida, ayuda a reducir los costos derivados de la atención. Sostiene que representan menores días de estancia hospitalaria, disminuyen los eventos adversos y dan mayor seguridad en la atención del paciente.

Posos y Jiménez (2013), en México, publican su artículo “Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería”, muestran la utilidad de la estandarización de cuidados y la factibilidad de su elaboración, evidencian que los lineamientos son una herramienta metodológica que permite estructurar, implementar y evaluar los PLACE. Mencionan la importancia del conocimiento sobre fisiopatología y la experiencia clínica de las personas que lo formulan para fundamentar cada una de las acciones vertidas en los PLACE en forma realista y adecuada a la población mexicana.

1.2 Cirrosis hepática

Antecedentes

La cirrosis hepática (CH) se define como una alteración difusa, crónica e irreversible del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración, cambios histológicos, alteración vascular intrahepática y una reducción de la masa funcional hepática, lo que lleva como consecuencia al desarrollo de hipertensión portal e insuficiencia hepática, dando como resultado final complicaciones que incluyen ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática. Su etiología se relaciona con estilos de vida, especialmente con el consumo excesivo de alcohol, Infección crónica por los virus de la hepatitis B y C, Hemocromatosis hereditaria, Enfermedad de Wilson, Hepatitis autoinmune, Esteatohepatitis no alcohólica, Colestasis obstructivas crónicas, Obstrucción crónica del drenaje venoso o Toxicidad por fármacos (metotrexato, metildopa, vitamina A, etc.). La cirrosis hepática es un problema de salud importante en México, la prevalencia ha estado en aumento debido al crecimiento de factores de riesgo como la obesidad y la diabetes, que a menudo se asocian con la esteatosis hepática no alcohólica. Es una de las principales causas de muerte en México. La cirrosis hepática es un problema de salud importante en México, la prevalencia ha aumentado debido al crecimiento de factores de riesgo como la obesidad y la diabetes, que a menudo se asocian con la esteatosis hepática no alcohólica. Que es una de las principales causas de muerte en México. La cirrosis avanzada puede llevar a complicaciones graves, como la insuficiencia hepática y el cáncer de hígado, que son mortales si no se tratan adecuadamente, así mismo, puede aumentar el riesgo de otras enfermedades, como la hipertensión portal y la encefalopatía hepática (Velarde et al, 2020).

Narro (1996), describe por primera vez las características epidemiológicas de la mortalidad por cirrosis hepática en México, describiendo que en año 1970, por cada 1000 defunciones 23 de estas se debían a la CH, trece años después se observó que esta cifra aumento de forma considerable, obteniendo que por cada 1000 defunciones 40 se debían a esta causa, también describe la importancia del incremento de defunciones por CH; entre los años de 1970 a 1986, en el cual el promedio anual fue de 13 655 defunciones, en 1970 esta cifra fue de 11 182 y a finales de 1985 esta cifra superó las 17 000 muertes,

es por esto que es de suma importancia analizar el aumento de estos índices, pero no sin menospreciar sus variantes sociodemográficas, también demuestra el gradiente de la mortalidad por CH en México, haciendo un desglose por entidad federativa, y realizando una comparación entre los años 1971-1975 y de 1984-1986. (Ver tabla No. 1)

Tabla 1 Gradiente de Mortalidad por cirrosis hepática en México por estado

Gradiente de la mortalidad por cirrosis hepática en 1971-1975 y 1984-1986 en México.					
Entidad federativa 1971-1975	Tasa promedio		Tasa promedio	Entidad federativa 1984-1985	Tasa promedio
Distrito Federal	45.5			Hidalgo	52.4
Hidalgo	35.8			Tlaxcala	41.2
Tlaxcala	35.0	35.2	38.2	México	34.3
México	32.7			Puebla	33.9
Puebla	29.1			Distrito Federal	29.4
Morelos	23.0			Veracruz	25.3
Colima	21.2			Oaxaca	23.3
Yucatán	21.1	20.5	22.6	Querétaro	22.6
Veracruz	19.7			Morelos	20.9
Querétaro	17.8			Yucatán	20.9
Jalisco	16.8			Baja California N	19.5
Campeche	14.9			Colima	19.4
Aguascalientes	14.8	14.1	17.7	Jalisco	18.1
Guanajuato	14.3			Guanajuato	16.8
Baja California N	12.3			Tabasco	14.8
Coahuila	12.1			Aguas Calientes	14.2
Oaxaca	11.8			Michoacán	14.0
Michoacán	10.7	11.0	13.5	Chiapas	13.9
Tamaulipas	10.5			San Luis Potosí	13.0
Chiapas	10.1			Campeche	12.5
San Luis Potosí	9.7			Coahuila	11.1
Nayarit	9.4			Guerrero	11.0
Tabasco	8.8	8.6	10.5	Chihuahua	10.4
Chihuahua	8.3			Tamaulipas	10.3
Baja California Sur	6.6			Nayarit	10.1
Guerrero	6.6			Sonora	8.4
Sonora	6.0			Nuevo León	7.2
Quintana Roo	5.9			Durango	6.7
Durango	5.6	5.7	6.4	Baja California Sur	6.4
Nuevo León	5.6			Quintana Roo	5.7
Zacatecas	5.3			Sinaloa	5.3
Sinaloa	5.2			Zacatecas	5.2

Fuente: Narro, 2016

En el estado de Morelos en 2010, se realizó una estimación de costos en la atención por CH, en la clínica No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el cual se analizaron por medio de programas informativos los montos a los cuales asciende la atención de cada paciente en esta condición, se analizaron dependiendo la gravedad de

la CH, según la clasificación en la escala de Child-Pugh, lo que claramente demostró que en el estadio más avanzado de esta los costos aumentan considerablemente, puesto que en este las recurrencias hospitalarias se incrementan, así como el uso de recursos materiales durante la estancia hospitalaria, con estimaciones que varían entre los 10 000 a 30 000 dólares anuales, recalando que esta cifra solo es aplicada al IMSS, siendo que por medios privados estas cifras fácilmente se pueden duplicar o triplicar, claro está que la CH es una enfermedad que genera altos costos durante su tratamiento (Quiroz et al, 2010).

En el 2018 la Asociación Mexicana de Hepatología (AMH) y la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), crean el primer consenso mexicano de Hepatitis Alcohólica (HA), donde mencionan que en nuestro país el 50% de las causas de muerte por CH, es por el consumo de alcohol, lo que se traduce como un problema de salud pública, en este consenso se analizaron tratamientos proporcionados a pacientes, los factores sociodemográficos que rodean a estos, así como guías de práctica clínica, por lo que emiten 37 recomendaciones respaldadas con evidencia científica para la atención y tratamiento de la HA (Velarde et al, 2020) .

Epidemiología

En México ocurren 25,000 defunciones por cirrosis cada año, equivalente a 70 ciudadanos por día. Se le considera la quinta causa de mortalidad general (tercer lugar en hombres y séptimo en mujeres) con 28 mil a 30 mil muertes al año. De acuerdo con el último reporte del INEGI y el Consejo Nacional de Población representa el 5% de todas las muertes. (INEGI, 2022).

Se estima que aproximadamente el 40% de personas con cirrosis hepática presentan encefalopatía hepática. En el estado de Morelos, los Servicios de Salud informan que, durante 2020, las principales causas de defunción fueron:

- COVID-19 (virus identificado y no identificado), 14.8%
- Infarto agudo al miocardio (14.6%)
- Diabetes mellitus (9.3%)
- Neumonía no especificada (4.2%)
- Cirrosis hepática (alcohólica y otras), 3.4%

Lo que coloca a la cirrosis dentro de las cinco primeras causas de muerte en la población en general. En adultos de 20 a 59 años, la principal causa de muerte fue COVID-19, seguido de diabetes mellitus, agresiones (homicidios), enfermedad isquémica del corazón, cirrosis y tumores malignos (SSM, 2020).

Diagnóstico

La CH es una enfermedad que en una fase compensada es difícil ser diagnosticada, por el silencioso avance de esta, en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace en hallazgos de laboratorio al acudir a algún centro médico, sin embargo, no es hasta presentar un cuadro de Encefalopatía Hepática (EH) u otra manifestación severa de CH, que, en la mayoría de los casos, es cuando se realiza el diagnóstico de esta. Suele realizarse dentro de la 5° a 7° etapa de vida, afectando en mayor proporción a los hombres (Roesch, 2020).

Actualmente, la cirrosis hepática se puede diagnosticar considerando diversos hallazgos clínicos, análisis de sangre, pruebas de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Por otro lado, un diagnóstico fiable debe realizarse mediante examen histológico del hígado y biopsia previa. Aunque esta prueba es un procedimiento invasivo y riesgoso, se considera el estándar de oro para un diagnóstico correcto y preciso (Roesch, 2020).

- Las pruebas ecográficas en el abdomen y la elastometría son pruebas que a menudo son utilizadas como herramientas útiles ya que no son invasivas.
- Uno de los contras de la ecografía abdominal, es que según el médico que realiza la prueba o quien la interprete, tendrá diferentes ángulos y puntos de vista según su criterio (Gómez, 2012).
- Por otra parte la elastometría es una herramienta que mide y expresa la dureza del hígado, así como la esteatosis, mismos que se valoran en una gráfica que determina el valor real de estas mediciones, estadificando el daño (Gómez, 2012).

En lo referente a pruebas de laboratorio, pueden tener utilidad diagnóstica las siguientes:

- Pruebas hematológicas, se puede observar anemia, leucopenia y trombocitopenia, así como alteraciones en los tiempos de coagulación (Gómez, 2012)
- Pruebas bioquímicas, cuyos resultados más significativos incluyen bilirrubina elevada, transaminasas moderadamente elevadas o incluso normales, y fosfatasa alcalina

significativamente elevada en cirrosis de origen colestático o hepatocarcinoma. Conviene estudiar también los marcadores tumorales, en concreto la alfa-fetoproteína (Gómez, 2012).

- Pruebas serológicas, especialmente determinación de anticuerpos no órgano-específicos; es frecuente encontrar hipergammaglobulinemia policlonal (Gómez, 2012).

Debe hacerse diagnóstico diferencial con las siguientes entidades clínicas: pericarditis, insuficiencia cardíaca, infiltración neoplásica masiva del hígado y síndrome de Budd-Chiari (Gómez, 2012). Existen diversas escalas para determinar la sobrevida del paciente, entre las más conocidas están las escalas MELD y Child-Pugh, siendo esta última una de las más usadas a nivel mundial, creada en 1964 evalúa el pronóstico de la CH. (Roesch, 2020). La escala de Child-Pugh emplea cinco criterios clínicos de la enfermedad hepática, cada criterio medido del 1-3, siendo el número 3 el que indica el daño más severo (ver tabla 2 y 3) (Roesch, 2020).

Tabla 2 Escala Child Pugh

Medición	1 punto	2 puntos	3 puntos	unidades
Bilirrubina (total)	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)	μmol/l (mg/dl)
Albumina sérica	>3.5	28-3.5	><2.8	g/l
INR / Tiempo de protrombina	<1.7 / >50	1.71-2.20 / 30 - 50	> 2.20 / <30	sin unidades / %
Ascitis	Ausente	Suprimida con medicinas	Refractaria	sin unidad
Encefalopatía hepática	Ausente	Grado I-II (o suprimida con medicinas)	Grado III-IV (o refractaria)	sin unidad

Fuente: Universidad Francisco Marroquín, 2002)

Tabla 3 Clasificación escala Child Pugh

Puntos	Clase	Supervivencia al cabo de un año	Supervivencia al cabo de dos años
5-6	A	100%	85%
7-9	B	81%	57%
10-15	C	45%	35%

Fuente: Universidad Francisco Marroquín, 2002)

Etiología

La etiología de la CH incluye varios factores, siendo el más común el consumo excesivo de alcohol. Se estima que aproximadamente el 90% de la cirrosis hepática es causada por el consumo de alcohol y la hepatitis es causada por virus (Gómez, 2012).

Alcohol

La cirrosis alcohólica ocurre principalmente en pacientes con una ingesta excesiva y prolongada de alcohol de 40 a 80 g/día. Debido a que no hay síntomas de intoxicación o abstinencia por alcohol, los pacientes pueden mantener una ingesta excesiva de alcohol durante largos períodos de tiempo, lo que puede retrasar el diagnóstico, el daño hepático que caracteriza a la cirrosis está relacionado con el contenido de alcohol. La dosis de mayor riesgo es cuando se consumen más de 80 g de alcohol al día de forma continuada durante al menos 5 años. La hepatotoxicidad del alcohol se produce a través de mecanismos complejos que van desde la hepatotoxicidad directa del acetaldehído hasta procesos fibróticos mediados por citocinas (Gómez, 2012).

Virus hepatotropos

Entre los virus que causan cirrosis están, el virus de la hepatitis C y el virus de la hepatitis B que son los más importantes, dependiendo de la vía de infección. La hepatitis B se vuelve crónica en el 98% de los portadores debido a una infección perinatal. Sólo alrededor del 10% de los casos se vuelven crónicos, independientemente de si el paciente fue infectado con el virus parenteral o sexual. Aproximadamente el 20% de ellos desarrollará cirrosis en un plazo de 5 años. Este tipo de cirrosis es común en drogadictos crónicos, homosexuales, recién nacidos de madres que dan positivo en HBsAg (antígeno australiano), alrededor del 20% de las personas con hepatitis C desarrollarán cirrosis en un plazo de 10 a 20 años, se cree que este virus es responsable del 40% de la cirrosis hepática progresiva (Gómez, 2012).

Hemocromatosis

En la hemocromatosis hereditaria, produce una sobrecarga de hierro en el hígado en forma de hemosiderina, lo que provoca la muerte de las células hepáticas y aumenta la síntesis de colágeno. Es importante evaluar los antecedentes familiares de la enfermedad y los síntomas cardíacos, endocrinos y articulares extrahepáticos. La determinación del índice de saturación de transferrina es fundamental para el diagnóstico etiológico (Gómez, 2012).

Enfermedad de Wilson

La enfermedad de Wilson es una afección genética autosómica recesiva caracterizada por un deterioro de la ceruloplasmina, una proteína implicada en el transporte de cobre en el plasma. El mal funcionamiento de esta proteína transportadora provoca la acumulación de minerales en varios órganos, incluido el hígado, lo que provoca cirrosis macro nodular (Gómez, 2012).

La presencia de la enfermedad de Wilson puede sospecharse cuando se producen cambios neurológicos característicos en pacientes jóvenes, junto con los llamados anillos de Kaiser-Fleischer. Por supuesto, también se deben analizar los antecedentes familiares de la persona (Gómez, 2012).

Cirrosis autoinmune

En la cirrosis hepática de origen autoinmune y la cirrosis biliar primaria, se produce inflamación de las células hepáticas por motivos desconocidos y, si el tratamiento no es el adecuado, se produce cirrosis. Afecta principalmente a mujeres y suele ir acompañado de otros síntomas autoinmunes. Suelen aparecer hipergammaglobulinemia y autoanticuerpos específicos (Gómez, 2012).

Otros agentes etiológicos capaces de generar una cirrosis incluyen:

- Colestasis prolongadas, intra o extrahepáticas.
- Obstrucción del flujo de las venas suprahepáticas.
- Toxinas y agentes terapéuticos.
- Bypass intestinales.
- Cirrosis de los niños indios.
- Infecciones.
- Afectación granulomatosa del hígado (Guevara, 2020).

Cuadro Clínico

La cirrosis puede ser asintomática, suele presentarse durante una fase asintomática u oligosintomática, este período puede variar y suele denominarse fase compensatoria de la enfermedad, cuando aparecen los síntomas típicos de indigestión, astenia o fiebre alta.

En esta etapa pueden aparecer hipertensión portal y várices esofágicas los síntomas de dependen del tipo de estadio en el que se encuentre el paciente:

- Grado 1: Trastorno leve de la conciencia, euforia o ansiedad, disminución de la atención y/o dificultad para realizar sumas simples.
- Grado 2: Letargo, apatía, desorientación temporal y/o espacial, cambios leves de la personalidad, comportamiento inapropiado y/o dificultad para realizar restas simples.
- Grado 3: Somnolencia, desorientación intensa y confusión.
- Grado 4: Coma.

(Gómez, 2012).

Complicaciones

Las principales complicaciones de la cirrosis incluyen ascitis, síndrome hepático, várices esofágicas, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea y carcinoma hepatocelular (Gómez, 2012).

Ascitis

Esto se define como la aparición de líquido libre dentro de la cavidad abdominal. Esta es la complicación más común y temprana de la cirrosis hepática. Su aparición marca el inicio de la fase de descompensación en la mayoría de los pacientes con cirrosis. Clínicamente, los síntomas incluyen aumento de la circunferencia abdominal (especialmente si excede los 5 litros de líquido libre), dificultad para respirar debido a la elevación excesiva del diafragma, hernia, derrame pleural y edema de las extremidades inferiores. La peritonitis bacteriana espontánea ocurre con frecuencia en pacientes con cirrosis y ascitis y empeora el pronóstico de los pacientes con cirrosis (Harrison, 2022)

Síndrome hepatorenal

Es una enfermedad clínica que se presenta en pacientes con enfermedad hepática avanzada, insuficiencia hepática e hipertensión portal, lo que resulta en un

empeoramiento de la función renal, cambios severos en el flujo sanguíneo arterial y activación del sistema vasoactivo endógeno (Harrison, 2022).

El síndrome hepatorenal puede ser de dos tipos:

- Síndrome hepatorenal tipo 1: Caracterizado por un deterioro progresivo y rápido de la función renal. Es más común en pacientes hospitalizados y es común en pacientes con cirrosis alcohólica. El pronóstico es muy malo, con una supervivencia inferior a unas pocas semanas.
- Síndrome hepatorenal tipo 2: se caracteriza por un deterioro lento y estable de la función renal (Harrison, 2022).

Varices esofágicas

Las venas varicosas provocan hemorragia digestiva alta, que suele ser una complicación característica de la fase descompensada de la cirrosis. Esta hemorragia mata inicialmente al 50% de los afectados. Los pacientes sin tratamiento tienen un 60% de riesgo de recurrencia, estas ocurren como resultado de la hipertensión portal a expensas de las venas esofagogástricas. La hipertensión portal ocurre secundaria a la resistencia vascular al flujo venoso portal. Los gradientes de presión superiores a 12 mmHg aumentan el riesgo de hemorragia (Harrison, 2022).

Encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática es un trastorno neuropsiquiátrico de origen metabólico debido a la presencia de un exceso de amonio en la circulación sistémica, un compuesto que llega al sistema nervioso central y provoca síntomas psiquiátricos muy diferentes. Este puede ser un cambio reversible debido a insuficiencia hepatocelular secundaria a hipertensión portal y presencia de circulación colateral. Se considera constante en la cirrosis avanzada, cuyos síntomas pueden ser individuales (cambios mentales mínimos y alteraciones del sueño) o, por el contrario, alcanzar su máxima intensidad y conducir al coma hepático, se requiere un diagnóstico diferencial de otros tipos de encefalopatía con daño intracraneal y cambios neuropsiquiátricos (encefalopatía metabólica, encefalopatía

tóxica) (Harrison, 2022).

Peritonitis bacteriana espontánea

La peritonitis bacteriana espontánea es una infección bacteriana del líquido ascítico que no tiene un origen intraperitoneal. Éstas incluyen: absceso o perforación. Las bacterias implicadas suelen ser bacterias aerobias gramnegativas (derivadas de la flora intestinal del paciente) y cocos grampositivos (estreptococos y enterococos), que son más frecuentes en pacientes ingresados en centros hospitalarios (Gómez, 2012).

Este tipo de peritonitis es una complicación común y grave de la cirrosis hepática. Incluso si los pacientes con cirrosis sobreviven a esta afección, el pronóstico a mediano plazo es malo, con una tasa de supervivencia del 30% al 50% después de 1 año. El desarrollo espontáneo de peritonitis bacteriana también puede provocar otras complicaciones típicas de la cirrosis hepática, como insuficiencia renal, encefalopatía hepática y hemorragia gastrointestinal (Harrison, 2022).

Carcinoma hepatocelular

Una vez diagnosticada la cirrosis hepática, existe un 20% de posibilidades de desarrollar carcinoma hepatocelular cinco años después (Gómez, 2012).

El pronóstico de estos pacientes está determinado por la progresión de la cirrosis en el momento del diagnóstico del cáncer. Con una reserva hepática elevada y un carcinoma hepatocelular asintomático, los pacientes pueden sobrevivir varios años. Por el contrario, si la cirrosis está muy avanzada y el cáncer está bastante avanzado, el paciente morirá a las pocas semanas (Harrison, 2022).

Tratamiento

La Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica (IMSS, 2009), divide el tratamiento de la cirrosis hepática en farmacológico y no farmacológico y de acuerdo con el grado de la cirrosis.

Tratamiento farmacológico.

Tratamiento de la Ascitis grado II (moderada):

- Uso de diuréticos: espironolactona, furosemida y amilorida.
- La respuesta clínica se evalúa con base a la pérdida de peso y presencia de edema periférico.

Recomendaciones

- Iniciar con espironolactona: 100 MG hasta 400 MG/día; de no presentar respuesta clínica en 2-3 semanas, agregar furosemida 40 MG hasta 160 MG/día.
- Se sugiere evaluar la respuesta clínica con base al peso, sin exceder de 0.5 Kg. /día en el paciente sin edema periférico y de 1 Kg. /día con edema periférico.
- En caso de intolerancia a la espironolactona se puede utilizar amilorida 5 a 30 MG/día.

Tratamiento de la ascitis grado III (a tensión)

1. Paracentesis evacuadora
2. Continuación de diuréticos.
3. De acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen.
 - En caso de extracción < 5 litros se recomiendan: expansores del plasma: dextran, haemacel a razón de 125 ml por cada litro extraído, por vía intravenosa.
 - Extracción > 5 litros se recomienda: albúmina humana de 8 a 10 g por litro de líquido extraído, por vía intravenosa.

Tratamiento de ascitis refractaria

- Paracentesis evacuadora de repetición, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.
- De requerir 3 o más extracciones por mes evaluar:
 - Colocación de una prótesis intrahepática porto sistémica (TIPS)
 - O derivación percutánea porto sistémica intrahepática (DPPI).
 - Considerar el trasplante hepático de acuerdo a las características particulares de cada paciente con insuficiencia hepática crónica.

Recomendaciones:

- Paracentesis evacuadora de repetición, de requerir 3 o más extracciones por mes: evaluar colocación de una prótesis intrahepática porto sistémica (TIPS) o derivación percutánea porto sistémica intrahepática (DPPI).
- Considerar el trasplante hepático en las unidades que se cuente con el recurso.

Tratamiento no farmacológico

La nutrición inadecuada puede contribuir a la progresión de la enfermedad hepática.

Se recomienda en los pacientes con cirrosis hepática una dieta:

- Hipercalórica
- Con un aporte proteico entre 0.8 hasta 1.5 g/kg. De predominio vegetal
- Rica en fibra
- Aporte de sodio de 1 a 2 g.
- Con restricción de líquidos, si se presenta hiponatremia < de 125 mEq/L.
- No consumir alcohol
- Intervención de un grupo multidisciplinario: médico, psicólogo, trabajadora social, la familia y en caso necesario grupos especiales de atención

Cuidados de enfermería a pacientes con cirrosis hepática

- Se deberá tener vigilancia estrecha de:
 - Alteración del nivel de líquidos por la ascitis
 - Peligro de hemorragia por hipo coagulabilidad y varices esofágicas
 - Alteración de la nutrición por anorexia, dispepsia y disfunción metabólica.
 - Posible infección por la leucopenia y déficit fagocitario
 - Hipertermia por inflamación
 - Disfunción respiratoria por restricción de movimiento ventilatorio
 - Prurito, malestar y dolor por los depósitos de ácidos biliares en piel, inflamación hepática y distensión abdominal
 - Autocuidados deficientes
 - Alteración de la autoestima por cambios corporales y de actividad
 - Posible alteración de la conducta y procesos intelectuales por hiperamonemia

- Ansiedad y alteración del sueño
- Intolerancia a la actividad por fatiga
- Alteración de la piel por edema y posibles escaras
- Alteración de la función sexual
- Falta de conocimientos sobre su enfermedad
- Reposo absoluto
- Control estricto de líquidos
- Dieta hiposódica, moderadamente pobre en grasas y rica en proteínas
- Educar al paciente y la familia sobre el reconocimiento precoz de la hipoglucemia y el control de la presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria e higiene (García, 2016).

1.3 Encefalopatía hepática

Definición

La encefalopatía hepática (EH) es un síndrome que consiste en síntomas y signos neurológicos que parecen estar asociados con un mal pronóstico en pacientes con enfermedad hepática aguda (insuficiencia hepática aguda grave) y, más comúnmente, enfermedad hepática crónica (cirrosis). Esta es una de las principales causas de muerte en pacientes con CH, relacionada con los cambios resultantes a esta (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

Se presentan síntomas neuromusculares y neuropsiquiátricos que se producen en las enfermedades hepáticas agudas y crónicas debido a la eliminación insuficiente por parte del hígado de sustancias neurotóxicas, generalmente de origen intestinal, que actúan sobre diversos sistemas de neurotransmisores. Ese es un mal pronóstico (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

Etiología

Entre las neurotoxinas implicadas en la EH, el amoníaco es la principal. Se produce a partir de proteínas de la dieta por la flora intestinal y de glutamina por la mucosa intestinal

y se metaboliza en el hígado a través de la circulación portal a través del ciclo de la urea secretada por los riñones (Aguilar, 2012).

También se consideran las benzodiazepinas “naturales” cuyas estructuras químicas aún no se han determinado. Estos pueden encontrarse en las verduras de su dieta o sintetizarse en su flora intestinal. Los niveles altos de aminoácidos aromáticos y los niveles reducidos de aminoácidos de cadena ramificada dan como resultado una deficiencia de neurotransmisores verdaderos y una acumulación de neurotransmisores falsos, alterando así la transmisión sináptica. Los niveles elevados de manganeso están asociados con las alteraciones extrapiramidales de la EH, y los mercaptanos, metabolitos de la metionina implicados en la ulceración del hígado, potencian los efectos del amoníaco (Aguilar, 2012).

Se ha afirmado que la encefalopatía puede ser causada por intoxicación por drogas, infección, estreñimiento, cambios en la excreción de amonio, cambios en el hígado y, en algunos casos, esto puede deberse a una infección por hepatitis A (Aguilar, 2012).

En general, los factores precipitantes de la encefalopatía hepática son: deshidratación, hemorragia gastrointestinal, infección, estreñimiento, aumento de la ingesta de aminoácidos, fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, hipopotasemia, hiponatremia, insuficiencia renal, obstrucción del tracto urinario, cirugía, cortocircuito Intrahepático, portosistémico o transyugular, lesión hepática aguda, carcinoma hepatocelular o enfermedad hepática terminal, infección u obstrucción intestinal (CENETEC, 2013).

Fisiopatología

La EH es una complicación grave de la enfermedad hepática crónica caracterizada por disfunción cerebral y afecta a pacientes con enfermedad hepática avanzada. Esta afección es causada por una acumulación en el cerebro de toxinas y metabolitos dañinos que normalmente el hígado elimina cuando está sano (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

El hígado juega un papel importante en la desintoxicación del cuerpo. Elimina y metaboliza numerosas sustancias tóxicas y desechos metabólicos, incluido el amoníaco. El amoníaco es un subproducto normal del metabolismo de las proteínas y otros compuestos que contienen nitrógeno y es altamente tóxico para el cerebro. En

condiciones normales, el hígado convierte el amoníaco en urea, que se excreta por la orina. Sin embargo, en la enfermedad hepática avanzada, el hígado ya no puede realizar esta conversión de manera eficiente y el amoníaco se acumula en el torrente sanguíneo (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

Los niveles elevados de amoníaco en sangre son uno de los principales desencadenantes de la EH. Los niveles elevados de amoníaco en sangre pueden provocar que este compuesto cruce la barrera hematoencefálica, que normalmente protege al cerebro de sustancias tóxicas. En el cerebro, el amoníaco afecta una variedad de funciones neurológicas y puede causar los síntomas neuropsiquiátricos característicos de la EH, que incluyen: Alteración del estado mental, confusión, irritabilidad, somnolencia y, en casos graves, coma (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

Se ha observado con frecuencia que uno de los desencadenantes más comunes de EH en pacientes con CH es la toxicidad por amoníaco causada por las enzimas glutaminasa y glutaminasa sintetasa, la primera de las cuales es responsable de la producción de amoníaco; la segunda es la encargada de eliminarlo. Actualmente se están realizando investigaciones que confirman que estas enzimas están presentes no solo en el hígado, sino también en los músculos, los intestinos, los riñones y el cerebro. Por tanto, inhibir esta enzima es de suma importancia para mejorar la EH (González, Higuera, Moreno & Torre, 2019).

Por lo antes mencionado existen dos lugares en los que principalmente se produce el amonio estos son el intestino delgado y grueso en un 50% y los riñones en un 40%. Dentro del intestino, existen 2 mecanismos:

- En el primer mecanismo, la urea de las proteínas alimentarias se descompone en amonio y dióxido de carbono exclusivamente a través de las bacterias productoras de ureasa (es decir, Klebsiella, Proteus) predominantemente en el intestino grueso.
- El segundo mecanismo por la degradación directa de aminoácidos de la glutamina bajo el efecto de la glutaminasa en los enterocitos genera glutamato y amonio libre

Además de la acumulación de amoníaco, otros factores también contribuyen a la fisiopatología de la EH. Estos incluyen disfunción de los sistemas de neurotransmisores, inflamación del cerebro, alteración de la función de la barrera hematoencefálica y

acumulación de otras sustancias tóxicas en el cerebro. Estos factores pueden trabajar juntos para alterar el funcionamiento normal del sistema nervioso central y causar los síntomas observados en la EH (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

La EH puede presentarse con diversos grados de severidad, desde leve, que provoca cambios sutiles en el estado mental, hasta grave, que puede poner en peligro la vida del paciente. La gravedad varía y está influenciada por un cumulo de factores, que incluyen infección, hemorragia gastrointestinal e ingesta de proteínas en la dieta (Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

Diagnóstico

La EH es una complicación neuropsiquiátrica potencialmente grave que se desarrolla en pacientes con enfermedad hepática avanzada o cirrosis. Esta afección se caracteriza por un amplio espectro de manifestaciones neurológicas, que van desde sutiles cambios en el comportamiento hasta síntomas graves de confusión, letargo y coma. El diagnóstico preciso de la EH es fundamental para iniciar un tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de los pacientes (CENETEC, 2016).

El diagnóstico de la EH comienza con una evaluación clínica exhaustiva por parte de un médico, que incluye la historia médica del paciente, un examen físico y una evaluación neurológica. Es importante tener en cuenta que los síntomas pueden ser sutiles en las etapas iniciales y pueden confundirse con otros trastornos neuropsiquiátricos. Los síntomas comunes incluyen alteraciones en la personalidad, cambios en la memoria, irritabilidad, somnolencia y dificultades en la concentración (CENETEC, 2016).

Escala de West Haven

La escala de West Haven, también conocida como escala de coma de Glasgow modificada, es una herramienta clínica ampliamente utilizada para evaluar la gravedad de la EH. Esta escala clasifica la EH en cuatro grados, que van desde una disminución mínima de la función mental hasta un coma grave. Esta clasificación se basa en una evaluación de la función cognitiva, las respuestas motoras y las habilidades del lenguaje del paciente. Esta escala es útil para monitorear la progresión de la EH y la respuesta al tratamiento (Gomez, 2016).

Pruebas de Laboratorio

Las pruebas de laboratorio son esenciales para diagnosticar la EH. Los análisis de sangre pueden revelar cambios en la función hepática, como aumento de los niveles de bilirrubina, transaminasas y amonio sérico. Las concentraciones elevadas de amonio en suero son particularmente relevantes porque pueden tener efectos tóxicos en el cerebro y contribuir a los síntomas neurológicos de la EH (Gomez, 2016).

Pruebas de Imagen

Técnicas de imagen como la resonancia magnética (MRI) y la tomografía computarizada (CT) se utilizan para descartar otras causas de síntomas neurológicos y evaluar posibles anomalías estructurales del cerebro. Estas pruebas pueden ser normales en personas con EH, pero en algunos casos pueden mostrar hallazgos inespecíficos, como atrofia o edema cerebral (Gomez, 2016).

Electroencefalograma (EEG)

El EEG es una herramienta valiosa para diagnosticar la EH porque puede detectar cambios en la actividad eléctrica del cerebro. Se observan patrones característicos de actividad cerebral en pacientes con EH, que incluyen ondas delta y theta lentas y asimétricas. Estos patrones indican disfunción cerebral y pueden ayudar a confirmar el diagnóstico y evaluar la respuesta al tratamiento (Gomez, 2016).

Pruebas Psicométricas

Además de las pruebas clínicas y de laboratorio, se pueden utilizar pruebas psicométricas para evaluar la función cognitiva y detectar cambios sutiles en el rendimiento mental de los pacientes con EH. Estas pruebas pueden incluir el Mini-Mental State Examination (MMSE) y el Trail Making Test, entre otros (Gomez, 2016).

El diagnóstico de la encefalopatía hepática es un proceso complejo que requiere una evaluación clínica completa y el uso de múltiples herramientas de diagnóstico. La detección temprana de esta es importante para iniciar un tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida del paciente. Una combinación de pruebas de laboratorio, pruebas

clínicas, pruebas de imagen y pruebas psicométricas puede proporcionar una evaluación integral de la función cerebral en pacientes con enfermedad hepática avanzada. Un enfoque multidisciplinario que involucre a hepatólogos, neurólogos y otros especialistas es esencial para el diagnóstico y tratamiento adecuados de la encefalopatía hepática (Morcillo, 2019).

Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas de la EH se agrupan en dos tipos: neuropsiquiátricas y neuromusculares. Los cambios neuropsiquiátricos son parte del síndrome de confusión e incluyen desde un deterioro mínimo y apenas perceptible hasta un coma profundo que se desarrolla de forma gradual o muy rápida. Los trastornos leves cambian los ritmos de sueño-vigilia, el estado de alerta, el comportamiento y la personalidad. La desorientación espaciotemporal, la inquietud psicomotora y la agresión pueden desarrollarse gradualmente. En etapas más avanzadas, los pacientes quedan aturdidos y responden sólo a órdenes simples. El grado máximo es el coma, en el que hay pérdida de respuesta a todo tipo de estímulos (Morcillo, 2019).

Entre los síntomas neuromusculares, el asterisco o temblor es el signo más característico de etiología desconocida y también puede detectarse en otras encefalopatías metabólicas como la hipercapnia y la uremia (Morcillo, 2019), (Gomez, 2016).

Se pueden encontrar manifestaciones neurológicas más atípicas, como signos de acción piramidal (paresia, hiperreflexia, clonus, signo de Babinsky), convulsiones unilaterales y convulsiones comiciales, que se asocian a un mal pronóstico (Morcillo, 2019), (Gómez, 2016).

Algo conocido como feto hepático consiste en un olor dulce característico en el aliento de algunos pacientes con EH. Esto no se correlaciona con la gravedad de la enfermedad y parece estar relacionado con la presencia de mercaptanos en el aliento exhalado. La hiperventilación con alcalosis metabólica es otra manifestación común de etiología desconocida (Woreta, 2020).

Tipos de encefalopatías hepáticas

Se encuentran tres formas clínicas: Encefalopatía hepática aguda, crónica y subclínica:

- Encefalopatía hepática aguda

En pacientes con cirrosis previamente compensada, surge debido a la aparición simultánea de factores precipitantes o disminución de la función hepática. Los principales factores precipitantes incluyen infección, hemorragia gastrointestinal, toma de sedantes, insuficiencia renal e hipopotasemia (Córdoba, 2014).

- Encefalopatía hepática crónica

Incluye pacientes con EH recurrente o persistente. Suelen ser pacientes con anastomosis portosistémicas (quirúrgicas, TIPS o espontáneas), y la ingesta de una dieta hiperproteica y el estreñimiento son los factores precipitantes habituales.

- Encefalopatía hepática subclínica

Algunos pacientes con cirrosis que no presentan signos clínicos de la EH muestran cambios en determinadas pruebas neuropsicológicas. Se cree que esta afección afecta la calidad de vida debido a su impacto en las actividades diarias y se asocia con un mal pronóstico (Córdoba, 2014).

Clasificación de la encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática se clasifica en los siguientes subtipos clínicos:

- Tipo A (asociada a falla hepática aguda).
- Tipo B (asociada a corto-circuito porto-sistémico).
- Tipo C (asociado a cirrosis).
 - Episódica. (Recurrente, espontánea, precipitada).
 - Persistente (Leve, grave, dependiente de tratamiento)
 - Mínima.

Encefalopatía hepática episódica

La encefalopatía hepática episódica se subdivide en:

- *Encefalopatía hepática recurrente: dos o más episodios en 1 año.*
- *Encefalopatía hepática precipitada: existe un factor precipitante identificado.*

- *Encefalopatía hepática espontánea: no existe un factor precipitante identificado.*

Encefalopatía hepática persistente

- *Es aquella que tiene más de 4 semanas de duración. Se considera encefalopatía leve al grado I y severa a los grados II-IV.*

Encefalopatía hepática mínima

- *Son pacientes con cambios sutiles que pueden pasar desapercibidos en el examen físico y solo son detectados a través de pruebas psicomotrices*

(Córdoba, 2014).

Evaluación de la severidad

Las escalas clínicas son las mejores herramientas para determinar la efectividad de la respuesta al tratamiento en la encefalopatía hepática.

Los Criterios de West Haven (CWH) evalúan la gravedad y clasifican la encefalopatía hepática en cinco etapas según el estado de conciencia. Esto está respaldado por evaluaciones de otras funciones cerebrales afectadas, como el funcionamiento intelectual, la personalidad, los cambios de comportamiento y las calificaciones subjetivas de los síntomas neuromusculares (ver tabla 4) (Córdoba, 2014).

Tabla 4 Manifestaciones neurológicas de la encefalopatía.

Grado	Manifestaciones neurológicas
0	Sin alteraciones de la conciencia, función intelectual o comportamiento
1	Euforia, ansiedad, alteración en cálculo (suma).
2	Letargo o apatía, desorientación mínima en tiempo y lugar, cambios sutiles de personalidad, alteración en cálculo (resta).
3	Somnolencia a semi-estupor, pero con respuesta al habla, confusión y gran desorientación.
4	Coma; sin respuestas al habla o al dolor.

Fuente: GPC. Diagnóstico y Tratamiento de encefalopatía hepática en el Adulto. IMSS 2013

Tratamiento

El tratamiento se centra en reducir los niveles de amoníaco, controlar los factores desencadenantes y mejorar la función hepática general con el objetivo de reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se basa en tres pilares:

1. La identificación y corrección del factor precipitante

2. La dieta hipoproteica
3. La utilización de disacáridos no absorbibles

(Jaffe, Lim & Jakab, 2020).

La Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de encefalopatía hepática establece como tratamiento de la EH medidas generales y específicas.

Medidas generales del tratamiento

- *Detección y tratamiento de factores precipitantes.*
- *Mejorar el estado mental con tratamiento farmacológico.*
- *Buscar y corregir los factores precipitantes: desnutrición, deshidratación por diarrea, vómito o diuresis excesiva, tratamiento y prevención de hemorragia digestiva, control de infecciones, corrección anormalidades hidroelectrolíticas (potasio y sodio), manejo de constipación, suspender medicamentos con efecto sedante y tratar insuficiencia renal.*

Recomendaciones nutricionales:

Se debe ofrecer una dieta normoproteica y evitar la restricción de proteínas.

Se recomienda un aporte calórico de 30-35 kcal/kg/día.

- *Carbohidratos 50-60%.*
- *Proteínas 20-30% (1-1.5 g/kg/día).*
- *Grasas 10-20%.*
- *Restricción de sodio a menos de 2 g/día.*
- *Hacer 4-6 tomas al día incluyendo una antes de dormir.*
- *Suplementar vitaminas (A, D, E, K, complejo B), zinc y calcio si es necesario.*
- *Considerar aumentar las proteínas de origen vegetal, lácteas y los aminoácidos de cadena ramificada (Aceves, 2014).*

Tratamiento farmacológico

Se centra principalmente en reducir la producción de amonio cambiando la flora bacteriana o disminuyendo la cantidad de bacterias que lo producen. Los disacáridos no absorbibles, como la lactulosa, son el tratamiento de primera línea para el tratamiento y

la prevención secundaria de la encefalopatía hepática. Reducen la absorción de amoniaco en el colon a través de un efecto laxante y reducen la producción de amoniaco al acidificar el contenido dentro de la luz, reduciendo así la cantidad de bacterias productoras de ureasa y amoniaco. Su uso es aplicable a la encefalopatía hepática crónica tipo C, tanto como en la mínima (Padilla, 2013).

Para pacientes con encefalopatía hepática para quienes la vía oral no está disponible, se recomienda el uso de enemas de lactulosa. En este caso, se mezclan 200 gr de lactulosa con 800-1000 ml de agua que debe permanecer al menos en el organismo por 5 minutos. Para estos de deberá colocar al paciente en posición lateral izquierda y aplicar presión en el recto durante 5 minutos. Incluso se pueden utilizar 300 gr de lactulosa mezclada con 1000 ml de agua (Padilla, 2013).

Los antibióticos no absorbibles reducen la cantidad de bacterias productoras de amonio en el intestino de pacientes con encefalopatía hepática. Se recomienda el uso de antibióticos orales en pacientes con eventos agudos que no responden a los disacáridos no absorbibles como (neomicina, metronidazol y vancomicina) (Padilla, 2013).

Las dosis recomendadas de antibióticos orales en el manejo de la EH son:

Neomicina 1-2 gr al día dosis máxima 6 gr/día.

Metronidazol 250 mg vía oral cada 6-12 hrs.

Vancomicina 2 gr/día vía oral.

La rifaximina es un antibiótico que puede ser usado de manera continua por periodos no mayores a 6 meses para mantener la remisión (Padilla, 2013).

Los probióticos alteran la flora bacteriana en el intestino, lo que resulta en una disminución de la producción y absorción de amonio debido a una disminución del pH intraluminal. Se ha demostrado que los probióticos mejoran la encefalopatía hepática leve. También se puede utilizar para prevenir la recurrencia. (Padilla, 2013)

Las especies de probióticos más eficaces son Lactobacilli y Bifidobacteria, L-ornitina-L-aspartato (LoLa) puede ayudar a disminuir los niveles de amonio al proveer sustratos para el ciclo de la urea y la síntesis de glutamina. LOLA es eficaz en los pacientes con encefalopatía grado I y II, sin demostrar mejoría en los pacientes con encefalopatía

mínima.

En caso de encefalopatía hepática que no responde al tratamiento se deberá considerar:

- *Falla en detectar o tratar sepsis.*
 - *Patología de sistema nervioso central o endocrina no identificada (hemorragia, hipotiroidismo).*
 - *Uso de sedantes de vida media larga.*
 - *Uso excesivo de laxantes que favorezcan deshidratación.*
 - *Daño renal especialmente que requiera uso de terapia sustitutiva de la función renal.*
 - *Deficiencia profunda de Zinc (especialmente con el uso excesivo de laxantes)*
- (Padilla, 2013).

Modelo de cuidado de Enfermería

El modelo del cuidado de enfermería, principalmente se integra por cuatro pilares fundamentales de la enfermería, este es aplicable dentro del ámbito hospitalario, así como en el ámbito ambulatorio, estos son:

- Metaparadigma de enfermería
- Proceso Atención de Enfermería (PAE)
- Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)
- Enfermería basada en Evidencias (EBE), recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE) (SS, 2018).

Metaparadigma de Enfermería

El metaparadigma es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Este describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos del metaparadigma enfermero son el de persona, entorno, salud y enfermería (Varez, 2008).

Salud: Según la OMS, define *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*

Persona: *“Incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados.”* (García, 2015).

Entorno: *“Identifica las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afectan a la persona.”* (García, 2015).

Cuidado: La propia definición de Enfermería, es decir, *“las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación”* (García, 2015).

1.4 El Proceso Atención de Enfermería (PAE).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, este debe ser sistemático, dinámico, interactivo, flexible y debe tener una base científica (Potter, 2019).

Consta de las siguientes fases:

Valoración

En el desarrollo de la fase de valoración se utilizan algunos de los siguientes métodos como herramientas de valoración que permiten la estandarización de la atención en el ámbito de salud, estos métodos son: (SSA, 2018).

- Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
- Valoración por el método de aparatos y sistemas
- Valoración por el método cefalocaudal
- Valoración por el método de dominios NANDA
- Valoración por el marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo a sus postulados principales

Los métodos de valoración evalúan a todo tipo de personas en todos los entornos, ya sean pacientes sanos o enfermos, en entornos públicos o privados, institucionales, de práctica privada, clínica, consultorios, ambulatorio u hospital. Este método debe ser aplicable en cualquier tipo de entorno y tipo de paciente, de fácil acceso y de fácil implementación, con el fin de facilitar las herramientas necesarias (SSA, 2018).

Esta primera etapa del proceso es responsable de definir, dirigir y estandarizar la atención, para desarrollar planes de atención y aplicar evidencia científica, así como las recomendaciones, puntos de buena práctica (SSA, 2018).

Estos pueden ayudar a desarrollar prácticas basadas en evidencia. De la misma manera consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno en la cual se obtienen 4 tipos de datos, como los son (Potter, 2019).

- Datos Objetivos
- Subjetivos
- Antecedentes heredo familiares
- Actuales

Para los cuales contamos con 2 tipos de fuentes, Directas e Indirectas (Potter, 2019). Por otra parte es preciso mencionar que sea cual sea la valoración utilizada en esta etapa debe servir para la correcta recolección de información, ya que esta funge como la base por la cual se definirán los cuidados de enfermería. Esta valoración e información debe servir para que el profesional de enfermería pueda, bajo criterio profesional identificar de manera correcta y precisa las intervenciones y cuidados necesarios para cada tipo de paciente (SSA, 2018). Se muestra un instrumento de valoración que parte de las 14 necesidades de Virginia Henderson, para ser aplicado a un paciente con encefalopatía hepática (ver tabla 5).

Tabla 5 Instrumento de valoración a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson aplicado a un paciente con Encefalopatía Hepática.

Nombre (solo iniciales): _____ Edad: _____ años Sexo: _____
Escolaridad: _____ Estado civil: _____
Ocupación: _____ Religión: _____
Diagnostico: _____

1. Respirar Normalmente

Tiene problemas para respirar: No ___ Si ___ Cuales _____
Padece o a padecido de asma: No ___ Si ___ Edad _____ Tratamiento _____
Disnea: ___ Apnea del sueño: Si ___ No ___ Postura al dormir _____
Realiza actividad física _____ Que tipo _____
Bradipnea: Si ___ No ___ Taquipnea: Si ___ No ___ Aleteo Nasal: Si ___ No ___
Tipo de respiración: Nasal: Si ___ No ___ Oral: Si ___ No ___ Mixta: Si ___ No ___

2. Comer y beber adecuadamente

Cuantas veces consume alimentos al día: _____
Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

	Leche	Huevo	Carne blanca	Carne roja	Verduras	Cereales	Leguminosas
Diario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cada 3er. Día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos que desagrada: _____

Ha observado cambio en su peso, pérdida o ganancia _____

Consumo algún tipo de suplementos _____

Normalmente consume alimentos preparados en su domicilio _____

Con que frecuencia consume alimentos preparados fuera de su domicilio _____

Con que frecuencia consume comida rápida _____

Tiene algún problema para tragar: Si ___ No ___ Porque _____

Para mantener la necesidad de hidratación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Cuantos litros de agua consume al día _____

Qué tipo de líquidos consume: Agua natural ___ Jugos ___ Refrescos ___

Consumo bebidas alcohólicas: Si ___ No ___ Tipo _____

Normalmente padece sed intensa: Si ___ No ___

Datos asociados al sistema cardio-circulatorio:

Presión arterial: _____ mmHg Pulso: _____ por minuto

Bradycardia: Taquicardia: Fosfenos: Acufenos: Edema en extremidades:

Ascitis: Si ___ No ___

3. Eliminar por todas las vías corporales

Para mantener la necesidad de eliminación urinaria considera usted que cuenta con lo siguiente:

Con que frecuencia orina _____

Características de la orina _____

Cantidad aproximada de orina al día _____ ml

Ha tenido infecciones de vías urinarias: Si ___ No ___

Recibió tratamiento: No ___ Si ___ Cual _____

Tiene incontinencia urinaria: No ___ Si ___

Necesita sondaje vesical: No ___ Si ___

Para mantener la necesidad de eliminación intestinal considera usted que cuenta con lo siguiente:

Ha presentado diarrea: No ___ Si ___ Con que frecuencia _____

A que atribuye la diarrea _____

Que alimentos considera que le ocasionen diarrea _____

Cuántas veces evacua al día _____

Ha presentado cuadros de estreñimiento: Si ___ No ___ Frecuencia _____

A qué lo atribuye _____

Toma normalmente medicamentos para evitar el estreñimiento: No ___ Si ___ Cuales _____

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Depende de alguna persona para movilizarse: No ___ Si ___ Quien _____

Tiene alguna discapacidad para movilizarse por si mismo: No ___ Si ___ Cual _____

Le realizan algún tipo de terapia física: No ___ Si ___

Utiliza algún dispositivo para trasladarse: No ___ Si ___ Cual _____

Realiza algún tipo de actividad física: No ___ Si ___ Cual _____

Con que frecuencia realiza actividad física _____

Que tiempo realiza actividad física _____
En caso de trabajar
Que postura mantiene la mayor parte del tiempo en su trabajo _____
Qué tipo de trabajo realiza _____
De cuánto tiempo es su jornada laboral _____
Ha observado falta de energía al realizar sus actividades cotidianas: No ___ Si ___ Frecuencia _____

5. Dormir y descansar

Ha observado algún cambio en su patrón de sueño: No ___ Si ___ Cual _____
Cuántas horas duerme _____
Normalmente duerme durante: El día _____ La noche _____
Presenta algún problema para conciliar el sueño: No ___ Si ___ Porque _____
Ha tenido pesadillas constantemente: No ___ Si ___
Considera adecuado su patrón de sueño: No ___ Si ___
Consumo algún medicamento para poder dormir: No ___ Si ___ Cual _____

6. Escoger ropa adecuada (Vestirse y desvestirse)

En la selección de vestimenta adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: No ___ Si ___ Porque _____
Tiene alguna discapacidad: No ___ Si ___ Cual _____
Como percibe su vestimenta: Adecuado _____ No adecuado _____ No tiene interés _____
Puede abrochar botones: Si ___ No ___ Porque _____
Muestra interés por mantener una vestimenta correcta: Si ___ No ___ Porque _____

El paciente cuida su intimidad: Si ___ No ___ Porque _____

7. Mantener temperatura corporal

Para mantener la temperatura corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Cuál es su temperatura actual: _____ °C
Normalmente el paciente tiene: Frio ___ Calor ___ Ninguna _____
Que hace para contrarrestar los cambios de temperatura _____
Ha presentado: Sudoración _____ Escalofríos _____ Fiebre _____ Hipotermia _____
Si ha presentado fiebre cual ha sido la causa y tratamiento _____

8. Mantener higiene corporal y la integridad de la piel

Con que frecuencia se baña: _____
Que productos utiliza para mantener la hidratación de la piel _____
Depende de alguien para bañarse: No ___ Si ___ Porque _____
Con que frecuencia se lava las manos _____
Con que frecuencia se lava los dientes _____
Cuenta con dentadura completa: No ___ Si ___
Ha tenido problemas bucales: No ___ Si ___ Cuales _____
Porque _____
Con que frecuencia se corta las uñas _____
Con que frecuencia se lava los oídos _____

Considera que su higiene es adecuada: Si ___ No ___ Porque _____
Observaciones generales _____

9. Evitar los peligros

Antecedentes familiares: (Responder si o no y quien si fuera el caso)
Diabetes: si ___ no ___ quien _____
Hipertensión: si ___ no ___ quien _____
Cáncer de algún tipo: si ___ no ___ quien _____
HIV: si ___ no ___ quien _____
Derrame cerebral: si ___ no ___ quien _____
Cirrosis hepática: si ___ no ___ quien _____
Enfermedades autoinmunes: si ___ no ___ quien _____
Alteración del estado de conciencia: si ___ no ___
Percepción de la realidad alterada: si ___ no ___
Ubicación temporo espacial: si ___ no ___
Estado de conciencia _____

10. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Es capaz de comunicarse por si mismo: Si ___ No ___ Porque _____
Tiene alguna discapacidad para comunicarse: Si ___ No ___ Cual _____
Comprende adecuadamente lo que le dicen: Si ___ No ___
Se integra a la plática con los demás: Si ___ No ___ Cual _____
Tiene coherencia con lo que platica: Si ___ No ___ Porque _____
Ha tenido desorientación: Si ___ No ___
Expresa sus sentimientos: Si ___ No ___ Porque _____
Con quien vive _____
Si vive solo: Porque _____

11. Vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores

Para mantener la espiritualidad considera usted que cuenta con lo siguiente:
Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones
Qué le hace falta: _____
Práctica alguna religión: Si No
Cuál: _____
Su religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: _____
Ha presentado algún cambio en su estructura familiar: Si ___ No ___ Porque _____
Se siente conforme con el trato que recibe: Si ___ No ___ Porque _____

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Ocupación: _____ Se siente satisfecho con lo que hace: ___ Si la respuesta es no, por qué: _____
Cree que su situación laboral o profesional repercute en su estado de salud: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____

Dentro de su familia que rol ocupa: _____ Se siente satisfecho con su rol: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____
En su empleo que rol ocupa: _____ Se siente satisfecho con su rol: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____
Busca la superación personal en los ámbitos personal y laboral: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____

13. Participa en actividades recreativas

Dispone de tiempo libre: _____ Cuánto: _____ min. En que lo invierte: _____
Que es lo que le gusta hacer: _____
Cree que sus pasatiempo influyen en su salud: _____ Si la respuesta es si, por qué: _____
Estaría dispuesto a cambiar de pasatiempo: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

Nivel de estudios: _____ Se siente satisfecho con su nivel de estudios
Si la respuesta es no, por qué: _____
Le gustaría seguir estudiando: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____
Conoce actividades de aprendizaje para su edad: _____ Cuáles: _____
Le gustaría involucrarse con alguna de ellas: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____

Fuente: UNAM, 2018

Diagnóstico

En esta etapa se utiliza la clasificación taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), no sin antes mencionar que para esto se debe tener en cuenta el estado de la infraestructura, la diversidad cultural, el idioma, la adaptación de los recursos, la idoneidad y el contexto de cada localidad (SSA, 2018).

Las enfermeras utilizan su pensamiento crítico y lógico, razonamiento diagnóstico, conocimientos, experiencia, destrezas y habilidades para sacar conclusiones clínicas sobre la situación de una persona sana o enferma y sacar conclusiones clínicas basadas en esta información para realizar un correcto diagnóstico de enfermería. Para poder extraer conclusiones clínicas y enmarcarlas en diagnósticos de enfermería, es un requisito previo imprescindible que se haya realizado una evaluación de enfermería mediante algún método (SSA, 2018).

Es un juicio o conclusión que se obtiene como resultado de una valoración de enfermería, sobre las respuestas humanas de la persona, entorno, familia y comunidad, siendo que

de esta manera se debe identificar los diagnósticos enfermeros, mismos que marcan el inicio de la planificación de los planes de cuidados, que a su vez proporciona cuatro tipos de diagnósticos:

- Problema de salud: Estos son diagnósticos que se realizan en función de los signos y síntomas del paciente.
- De Riesgo: Son riesgos que han sido identificados y se deben tomar medidas para prevenirlos.
- De Promoción de la Salud: Sirve como promotor del bienestar del paciente y/o de la comunidad.
- De Síndrome: Son diagnósticos diferentes que deben tratarse al mismo tiempo (Potter, 2019).

La NANDA propone la utilización del formato PES (Problema, Etiología y Sintomatología), que facilita la formulación del diagnóstico enfermero (ver tabla 6).

Tabla 6 Elaboración de diagnósticos con formato PESS.

Diagnóstico de problema de salud	Diagnóstico de enfermería
P: Problema (etiqueta diagnóstica) E: Etiología (factores relacionados) S: Sintomatología (características definitorias)	Etiqueta (Problema- P) Conocimientos deficientes en la prevención y detección del cáncer de mama Factores relacionados (Causas- E) Falta de recursos para obtener información relacionada con los medios de prevención de la enfermedad, interpretación errónea de la información, falta de interés sobre el padecimiento, falta o recursos sanitarios insuficientes para difundir la información dar respuesta de la cobertura a la salud o atención médica, creencias culturales que pueden influir en la recepción de la promoción a la salud, entre otros.
Diagnóstico de riesgo	
P: Problema (etiqueta diagnóstica) E: Etiología, causas (factores relacionados)	
Promoción de salud	
P: Problema (etiqueta diagnóstica) S: Sintomatología (características definitorias)	Características definitorias (signos y síntomas- S) Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instituciones, desarrollo avanzado de la enfermedad, entre otros.

Obtenido de: Modelo del cuidado de enfermería, Servicios de Salud (2018).

Mediante la revisión bibliográfica se sugieren a continuación un listado de diagnósticos de enfermería acordes a la patología para cada una de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (ver tabla 7)

Tabla 7 Listado de diagnósticos de enfermería y actividades por cada una de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
Necesidad de respirar normalmente	<ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones de la función pulmonar Observación de la frecuencia respiratoria Evaluar la necesidad de oxigenoterapia Riesgo de asfixia o aspiración Respuesta disfuncional al Destete del ventilador Disminución del gasto cardiaco Deterioro del intercambio gaseoso Patrón respiratorio ineficaz Limpieza ineficaz de las vías aéreas Deterioro de la ventilación espontánea Deterioro de la eliminación del aire Deterioro de la tolerancia a la actividad Deterioro de la oxigenación tisular Deterioro de la tos Deterioro de la respiración efectiva Deterioro de la capacidad para manejar las secreciones pulmonares Deterioro del intercambio gaseoso alveolar 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar oxígeno suplementario y administrar medicamentos para tratar trastornos respiratorios. Enseñar a los pacientes ejercicios de respiración y técnicas de relajación para ayudar a mejorar la respiración Ayudar al paciente a encontrar una posición cómoda que permita una respiración adecuada Fisioterapia respiratoria. (ejercicios de respiración y técnicas de limpieza bronquial.) Aspiración de secreciones Administración de oxígeno por puntas nasales
Necesidad de comer y beber adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de autocuidado Deterioro de la deglución Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos Riesgo de desequilibrio de electrolitos Déficit de volumen de líquidos, Exceso de volumen de líquidos, Riesgo de déficit de volumen de líquidos Riesgo de desequilibrio de volumen de Líquidos Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz Riesgo de perfusión renal ineficaz Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz Perfusión tisular periférica ineficaz Riesgo de aspiración Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral Dificultad para masticar Trastorno de la imagen corporal Riesgo de infección Deterioro de la deglución 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar historia clínica completa Realizar una evaluación nutricional Realizar una evaluación del riesgo nutricional y determinar si se requiere una intervención dietética. Registro de alergias alimentarias e intolerancias Educación sobre hábitos alimenticios saludables Ofrecer asistencia para la alimentación si es necesario. Incluir la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos y la calidad de la comida que se le sirve. Ofrecer asesoramiento nutricional individualizado según las necesidades y preferencias del paciente Recomendar ajustes en la dieta o la ingesta de nutrientes en función de la edad, el sexo, la actividad física y las condiciones médicas del paciente. Estar disponible a la hora de las comidas para ayudar al paciente a atender la necesidad de alimentación si lo necesitara. Vigilancia y prevención. Control estricto de líquidos
Necesidad de eliminar normalmente por todas las vías	<ul style="list-style-type: none"> Identificar signos de incontinencia, dolor, distensión abdominal, retención urinaria Análisis de orina o pruebas de función renal. Higiene corporal y la capacidad del paciente para realizar actividades de eliminación de manera autónoma Detectar posibles problemas de estreñimiento o diarrea Medición de la diuresis Evaluación de la piel perianal y genital para detectar signos de irritación, infección o lesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Educar al paciente sobre la importancia de una buena higiene personal, ingesta de líquidos y actividad física. Proporcionar cambios de posición, terapia de líquidos, enemas, cateterismo y terapia farmacológica, según sea necesario. Educación al paciente sobre la importancia de una buena higiene perineal y sobre la adopción de hábitos alimenticios y de actividad física adecuados para favorecer una eliminación normal y saludable. Administrar enema rectal diario pautado si no realiza deposición diaria para evitar encefalopatía. Favorecer un ambiente cómodo. Ayudar con laxantes orales diarios si es necesario.
Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la capacidad de movimiento del paciente y su necesidad de asistencia. Valoración del estado de movilidad del paciente, teniendo en cuenta su capacidad para realizar actividades de la vida diaria y su necesidad de ayuda o asistencia. Evaluación de la postura del paciente y de las posibles limitaciones o dolores que pueda presentar. Evaluar riesgo de úlceras por presión Riesgo de úlceras por presión relacionado con la 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ejercicios de movilidad y fortalecimiento muscular junto con el paciente. Valorar y corregir las posturas incorrectas del paciente y enseñar ejercicios para mejorar la alineación corporal. Proporcionar dispositivos de ayuda para la movilidad, como andadores o sillas de ruedas, y enseñar al paciente a utilizarlos adecuadamente. Proporcionar dispositivos de apoyo para mantener una postura adecuada, como almohadas o cojines, y enseñar al paciente a utilizarlos correctamente.

	movilidad física alterada	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar úlceras por presión o escaras causadas por una postura incorrecta o una movilización insuficiente. • Asistencia en la realización de cambios posturales y en el uso de dispositivos de ayuda a la movilidad, como andadores o sillas de ruedas.
Necesidad de dormir y descansar	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio relacionado con la ansiedad • Deterioro del sueño relacionado con la interrupción del sueño • Disminución de la energía relacionada con el sueño interrumpido • Riesgo de privación del sueño • Somnolencia diurna excesiva • Patrón de sueño insuficiente • Riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño • Riesgo de trastornos del ritmo circadiano 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de técnicas de relajación • Terapia cognitivo-conductual • Ajustar las intervenciones de cuidado en función de sus necesidades cambiantes
Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado ineficaz • Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la fricción mecánica • Deterioro de la movilidad física relacionado con la vestimenta • Riesgo de lesión relacionado con la vestimenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayudas técnicas, como ganchos o dispositivos para abotonar, que faciliten el manejo de las prendas. • Enseñar técnicas para vestirse y desvestirse que permitan a la persona realizar estas actividades de forma más sencilla y autónoma. • Proporcionar información sobre la adaptación de la ropa y la selección de prendas cómodas y seguras para personas con discapacidades o problemas de movilidad. • Brindar información sobre recursos y servicios para la compra de ropa adaptada o la adaptación de prendas existentes. • Trabajar en conjunto con el paciente y su familia para desarrollar planes de atención personalizados que aborden sus necesidades individuales en relación a la vestimenta y los cuidados personales
Mantener la temperatura corporal en límites normales	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar alteraciones de la temperatura corporal • Hipotermia, hipertermia, quemaduras, deshidratación, lesiones musculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar la temperatura del medio ambiente • Proporcionar ropa adecuada • Control de temperatura por medios físicos
Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión • Riesgo de infección relacionado con la mala higiene • Riesgo de infección relacionado con dispositivos invasivos • Riesgo de infección relacionado con el aseo inadecuado • Riesgo de infección relacionado con la incontinencia urinaria o fecal • Deterioro de la integridad de la piel relacionado con la incontinencia urinaria o fecal con la inmovilidad • Deterioro de la integridad de la piel relacionado con la exposición a la humedad • Riesgo de infección relacionado con la exposición a la humedad • Riesgo de infección relacionado con la piel agrietada o lesionada • Riesgo de infección relacionado con la falta de aseo personal • Deterioro de la integridad de la piel relacionado con la mala nutrición • Deterioro de la integridad de la piel relacionado con la edad avanzada y la piel frágil 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a bañarse o asearse si es necesario • Enseñar al paciente sobre las técnicas adecuadas de higiene personal y cuidado de la piel • Ayudar al paciente a vestirse y arreglarse • Cambiar las sábanas y la ropa de cama del paciente según sea necesario • Proporcionar atención adecuada a las heridas y lesiones de la piel • Monitorear y controlar la incontinencia y la humedad • Fomentar el uso de cremas hidratantes y otros productos de cuidado de la piel adecuados • Identificar y tratar las condiciones médicas que puedan afectar la piel y la higiene personal del paciente, como la diabetes o la enfermedad de parkinson. • Asear al paciente en la cama siempre que sea necesario y mantener la intimidad del paciente en todo momento
Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia estricta de signos de estrés, daño emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y mejorar la seguridad del entorno del paciente, eliminando obstáculos y reduciendo los peligros potenciales. • Proporcionar educación al paciente y a su familia sobre cómo identificar y prevenir situaciones peligrosas, y sobre cómo manejar adecuadamente cualquier equipo médico o dispositivo de asistencia. • Monitorear constantemente al paciente para detectar

otras personas		<p>cualquier posible peligro o situación de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y tratar cualquier problema de salud mental que pueda poner en riesgo la seguridad del paciente o de otras personas. • Proporcionar asistencia y apoyo en la realización de actividades, como bañarse, vestirse, y desplazarse, para reducir el riesgo de lesiones o daños. • Identificar y abordar cualquier comportamiento o actitud del paciente que pueda poner en riesgo la seguridad de otras personas. • Asear al paciente en la cama siempre que sea necesario y mantener la intimidad del paciente en todo momento
Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia constante de amnesia, confusión, desorientación, alerta, coma, expresión verbal, ansiedad • Procesos familiares disfuncionales • Soledad, riesgo de alcoholismo • Vagabundeo 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la comunicación abierta y honesta entre el paciente, el personal sanitario y la familia. • Utilizar lenguaje sencillo y claro, adaptado al nivel de comprensión del paciente. • Establecer un ambiente tranquilo y cómodo para la comunicación, minimizando las distracciones y ruidos externos. • Estimular la participación del paciente en actividades sociales y recreativas, como grupos de discusión, juegos de mesa y actividades al aire libre. • Brindar información clara y precisa sobre su estado de salud y tratamiento, para que el paciente se sienta informado y con control de la situación. • Proporcionar medios alternativos de comunicación, como la tecnología de la información y la comunicación, para facilitar la comunicación con personas que no están presentes físicamente en la habitación.
Necesidad de practicar sus creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de signos de estrés, angustia, desesperación, falta de apoyo, conflictos internos • Sufrimiento espiritual • Sufrimiento moral 	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar las prácticas y creencias del paciente • Facilitar la práctica de las creencias • Proporcionar apoyo emocional
Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si existe estrés laboral, desmotivación, insatisfacción personal, baja autoestima, alcoholismo, adicciones. • Desempeño inefectivo del rol 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a establecer metas y objetivos realistas relacionados con el trabajo o actividad elegida • Ayudar al paciente a adaptarse y ajustarse a la actividad laboral o vocacional, incluyendo apoyo durante la transición y en el lugar de trabajo.
Necesidad de desarrollar actividades lúdicas y recreativas	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre estrés y ansiedad, aislamiento social, rendimiento laboral, creatividad, insomnio, grupos de amigos, adicciones, alcoholismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los intereses y preferencias del paciente en cuanto a actividades lúdicas y recreativas. • Identificar las limitaciones físicas del paciente y adaptar las actividades en consecuencia. • Proporcionar opciones de actividades lúdicas y recreativas, como juegos de mesa, lectura, actividades manuales, música, cine, entre otros. • Fomentar la participación en actividades grupales, como terapias de arte o grupos de intercambio de experiencias y aficiones. • Promover la actividad física según las capacidades y preferencias del paciente, como caminar, hacer yoga o pilates, o acudir a un gimnasio adaptado. • Establecer un calendario de actividades, teniendo en cuenta las preferencias y limitaciones del paciente, y ajustarlas según sea necesario. • Educar al paciente y a sus familiares sobre la importancia de mantener una actividad lúdica y recreativa regular para mejorar su calidad de vida y prevenir enfermedades relacionadas con la inactividad. • Canalizar al paciente a grupos de ayuda • Enviar al paciente a tratamiento psicológico
Necesidad de satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar sus dudas respecto a su enfermedad, tratamiento y cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver sus dudas respecto a su enfermedad, tratamiento y cuidados • Asesorar en la toma de decisiones • Colaborar con otros profesionales de la salud para garantizar que el paciente reciba la atención adecuada y la información necesaria para satisfacer su curiosidad en aspectos de salud.

salud	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar recursos educativos apropiados para la edad, nivel de educación y cultura del paciente. Como folletos, videos y sitios web, que puedan ayudar al paciente a satisfacer su curiosidad. • Fomentar el uso de tecnologías de la información y la comunicación, como aplicaciones móviles y sitios web de salud confiables, para que los pacientes puedan acceder a información de salud relevante
-------	--

Fuente: Necesidades básica humanas, (2022).

Planeación.

Esta es una etapa sistemática y deliberativa del proceso de enfermería que conduce a la toma de decisiones y la resolución de problemas. Al planificar, los profesionales de enfermería utilizan datos de evaluación del paciente y declaraciones de diagnóstico para formular objetivos para el paciente y resolver problemas o reducir la gravedad o el riesgo de que ocurran problemas en cada caso individual para guiarlo en la selección de las intervenciones de enfermería necesarias y la elaboración del plan de cuidados (Potter, 2019).

En esta etapa se lleva a cabo la elaboración de los planes de cuidados, mediante la interrelación y la integración de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, en la que a manera detallada se deberá describir el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la integración del diagnóstico según corresponda mediante el formato PES (ver tabla 6). Posteriormente se deberán seleccionar los resultados esperados con sus respectivos Indicadores y Escala de valoración, posteriormente la selección de las intervenciones y actividades que bajo criterio profesional deban aplicarse al paciente de acuerdo a su patología, no sin mencionar que se debe relacionar con las GPC, de acuerdo a recomendaciones, puntos de buena práctica y evidencia científica que estas emiten (Campoverde & Chuquimarca, 2019).

En el modelo de cuidado de enfermería se propone el formato para el desarrollo del plan de cuidados a continuación se describe los elementos que conformaran el formato a utilizar para el desarrollo de esta propuesta. (Ver imagen 1)

Imagen 1 Formato del método para elaborar un de plan de cuidados de enfermería.

Título 1		4				
NANDA		NOC Clasificación de los resultados de Enfermería				
Diagnóstico de Enfermería		Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana	
Dominio:	2					
Clase:						
Etiqueta diagnóstica:	3	Dominio:	5	6	7	8
Definición:		Clase:				
Factor relacionado:		Resultado:				
Características definitorias:						
NIC Intervenciones de Enfermería						
Dominio:		9				
Clase:						
Actividades:		10				
Recomendaciones, evidencias y puntos de buena práctica						
11						
Símbolo	Actividad				Nivel y grado	

Fuente: Modelo de cuidado de enfermería, Secretaria de Salud (2018).

Definición: Lineamientos del Método para elaborar un plan de cuidados estandarizado

1. Colocar el título completo del pan de cuidados.
2. Seleccionar de acuerdo a la taxonomía NANDA el diagnóstico de enfermería, (problema de salud, de riesgo, de promoción a la salud o de síndrome), seguido del dominio y la clase a la que pertenece.
3. Desarrollar el diagnóstico de enfermería, con la etiqueta diagnóstica seleccionada, empiece con la definición, factores relacionados y características definitorias, según corresponda. (ver tabla 6)
4. Busque en la Taxonomía NOC, (clasificación de los resultados de enfermería) el o los resultados esperados acorde con el diagnóstico enfermero NANDA, según NOC

5. Escriba el resultado esperado seguido del dominio y clase a la que pertenece
6. De acuerdo a los resultados se deberá plasmar los indicadores pertenecientes a este (no más de tres).
7. Plasme la escala de medición tipo Likert, exactamente como se encuentra en la Taxonomía NOC, según corresponda al indicador.
8. Recuerde, la puntuación diana solo sirve como método de valoración para las intervenciones en un plan de cuidados individualizado.
9. Continúe con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC, teniendo como base los resultados e indicadores esperados, seguido de la clase y dominio al que pertenece.
10. Jerarquice las actividades planeadas que se espera aplicar al paciente.
11. Revise las GPC, para seleccionar según su criterio las Recomendaciones, Evidencias y Puntos de buena práctica según corresponda.

Ejecución

Es la realización o puesta en práctica de las intervenciones programadas, considerando que estas intervenciones deberán ser seguras tanto para el paciente, así como para la enfermera y también deben ser realistas, mismas que deberán poder ser aplicadas por la enfermera en su entorno laboral (Potter, 2019).

Durante esta etapa se llevan a cabo las recomendaciones de la guía de práctica clínica, tanto de enfermería (GPCE), así como las recomendaciones emitidas en guías médicas para el cuidado y atención de pacientes con las mismas alteraciones. Las recomendaciones son el resultado de la metodología de la medicina y la enfermería basada en evidencia (EBE), que lo convierte en cuidado basado en evidencia por medio de revisiones sistemáticas (SSA, 2018).

“Las guías de práctica clínica son el conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad a través de la práctica crítica y reflexiva” (Manual GPCE, 2014).

Por otro lado una herramienta importante es la clasificación taxonómica, de la Nursing

Interventions Classification (NIC), intervenciones incluidas en las guías de práctica clínica como “puntos de buena práctica”, adaptadas y adecuadas a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud (SSA, 2018).

Cada una de las recomendaciones y puntos de buena práctica de enfermería, deben ser aplicadas considerando las características particulares de la persona, así mismo, deberán ser medibles y evaluables a corto, mediano y largo plazo (SSA, 2018).

En esta etapa, el correcto diagnóstico es crucial para la que se implemente el plan de cuidados, la implementación incluye las siguientes actividades de enfermería: recolección y evaluación continua recopilación de datos, implementación de actividades de enfermería, documentar los servicios de atención, proporcionar informes de atención y cumplir con los planes de atención. En la actualidad, las enfermeras asumen toda la responsabilidad de la implementación. Se debe recordar que como ya se ha mencionado el plan de cuidados también incluye a los pacientes y sus familias (INEPEO, 2013).

En esta etapa se realizan todas las intervenciones de enfermería encaminadas a la solución del problema (diagnóstico enfermero y problema), cabe mencionar que en esta etapa es importante mencionar que existen 2 tipos de intervenciones de enfermería como los son:

- Intervenciones Independientes: Que son las intervenciones que como profesional de enfermería esta delegado a la ejecución y bajo criterio profesional deben ser seleccionadas en pro del paciente, es aquí donde es una parte fundamental su formación profesional, así como su criterio y experiencia. Es importante recalcar que estas intervenciones requieren ningún tipo de prescripción médica para su implementación, son las intervenciones que debe realizar el profesional para tratar de alcanzar los resultados esperados (SSA, 2018).
- Intervenciones Interdependientes: Estas son todas las intervenciones a las que el profesional de enfermería está ligado a trabajar con el equipo multidisciplinario, que en colaboración se pretender llegar a un mismo objetivo, la mejoría del paciente (SSA, 2018).

En la siguiente tabla de observan la evidencia y recomendaciones según la GPC: Diagnóstico y tratamiento de encefalopatía hepática en el adulto, aplicables al diagnóstico

enfermero de: Riesgo de Infección (ver tabla 8).

Tabla 8 Evidencias y recomendaciones según práctica clínica, aplicables a un diagnóstico enfermero de: Riesgo de Infección

Recomendaciones	Nivel/Grado	Aplicada
<p>E</p> <p>Los factores precipitantes de encefalopatía hepática son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación. • Hemorragia de tubo digestivo. • Infecciones. • Constipación. • Aumento en la ingesta aminoácidos de tipo aromático. • Fármacos de acción en SNC. • Hipopotasemia. • Hiponatremia. • Daño renal. • Obstrucción urinaria. • Cirugía. • Cortocircuitos intrahepáticos portosistémicos transyugulares (TIPS siglas en Inglés). • Lesión hepática aguda. • Carcinoma hepatocelular. • Enfermedad hepática terminal. 	<p>III (E. Shekelle) <i>Munoz, 2008</i></p>	
<p>E</p> <p>Las infecciones son el precipitante más común de encefalopatía hepática, teniendo 5 veces más riesgo de infecciones los pacientes hospitalizados.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Munoz, 2008</i> <i>Khungar, 2012</i></p>	
<p>R</p> <p>Se deben investigar fuentes de infección en todos los pacientes, después de realizar la toma de muestras es razonable iniciar antibióticos de amplio espectro en los pacientes que presentan fiebre, leucocitosis o encefalopatía hepática grado III y IV.</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Munoz, 2008</i></p>	
<p>E</p> <p>Los disacáridos no absorbibles reducen la absorción de amonio a nivel del colon por efecto catártico y disminuyen su producción al acidificar el contenido intraluminal, disminuyendo la cantidad de bacterias productoras de</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Torre-Delgado,</i></p>	

	ureasa y generadoras de amonio. Su uso es aplicable en encefalopatía hepática crónica tipo C, tanto en la manifiesta como en la mínima.	2009	
E	Los antibióticos no absorbibles han tenido eficacia en el tratamiento de encefalopatía hepática al disminuir el número de bacterias productoras de amonio en el intestino.	III (E. Shekelle) <i>Khungar, 2012</i>	
E	El antibiótico neomicina, se ha utilizado en al manejo de encefalopatía hepática pero por su ototoxicidad y nefrotoxicidad está en desuso	III (E. Shekelle) <i>Khungar, 2012</i>	
E	Metronidazol es efectivo en encefalopatía hepática pero se limita su uso por desarrollo de resistencia bacteriana y neuropatía periférica.	III (E. Shekelle) <i>Khungar, 2012</i>	
E	Otra opción es el uso de vancomicina pero tiene el inconveniente de desarrollar resistencia bacteriana	III (E. Shekelle) <i>Khungar, 2012</i>	
R	En pacientes con un evento agudo de encefalopatía hepática no respondedores a disacáridos no absorbibles se recomienda el uso de antibióticos orales (nemocina, metronidazol, vancomicina).	A (E. Shekelle) <i>Eltawil, 2012</i>	
R	Las dosis recomendadas de antibióticos orales en el manejo de la EH son: <ul style="list-style-type: none"> • Neomicina 1-2 gr al día dosis máxima 6 gr/día. • Metronidazol 250 mg vía oral cada 6-12 hrs. • Vancomicina 2 gr/día vía oral. 	C (E. Shekelle) <i>Torre-Delgadillo, 2009</i>	
E	La rifaximina es un antibiótico oral no absorbible que ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la encefalopatía hepática. Se puede utilizar por periodos mayores de 6 meses para mantener la remisión.	Ib (E. Shekelle) <i>Bass, 2010</i>	
E	La eficacia de rifaximina es equivalente a los disacáridos no absorbibles aunque con un mejor perfil de seguridad (menor diarrea, distensión y dolor abdominal).	Ia (E. Shekelle)	

		<i>Wu, 2013</i> la (E. Shekelle) <i>Eltawil, 2012</i>	
E	La dosis eficaz de rifaximina demostrada para el tratamiento de la encefalopatía hepática manifiesta y mínima es de 1100-1200 mg/día	Ib (E. Shekelle) <i>Bass, 2010</i>	

Fuente: GPC para el diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática en el adulto, Secretaría de Salud (2013).

Evaluación

En esta etapa se busca comparar las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Potter, 2019).

En esta etapa se llevará a cabo la comparación de los resultados planeados con los obtenidos, utilizando la herramienta taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC), adaptadas y adecuadas a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud. Ya que los resultados esperados vs los resultados obtenidos están adaptados a las respuestas humanas del paciente se observa la mejoría o empeoramiento de la enfermedad (SSA, 2018).

Es por ello que durante todas las fases del PAE se lleva a cabo la evaluación continua de todos los procesos que aquí se realizan, una de las herramientas importantes para la valoración será la escala de medición tipo Likert, ligada a cada indicador, misma que dada su simplicidad proporciona una fácil interpretación. Con el resultado obtenido servirá para valorar la eficacia de las actividades realizadas y tomar la decisión de: Mantener, Modificar o Cambiar estas actividades o intervenciones (Matas, 2018).

El PAE y el PLACE deben ser documentados en los formatos de notas y registros de enfermería acorde a la normatividad correspondiente o institución de salud pública o privada (SSA, 2018).

1.5 Taxonomías: NANDA, NOC, NIC

NANDA

El diagnóstico de enfermería es un término que puede verse como una categoría y un proceso. Cuando se menciona una categoría, se asocia con una evaluación diagnóstica, que actualmente se describe en la NANDA como categoría diagnóstica, y cuando se menciona un proceso, el diagnóstico se refiere al proceso de razonamiento y juicio clínico que subyace a la formación de un diagnóstico. La NANDA describe al diagnóstico de enfermería como la evaluación clínica de las respuestas a los problemas de salud individuales, familiares y comunitarios. Estos pueden ser procesos reales, potenciales o críticos. Además, constituye la base de los enfoques de intervención de enfermería destinados a lograr resultados de los cuales las enfermeras son responsables. Esta taxonomía está conformada por tres niveles, los cuales son: Dominios, Clases y 244 Diagnósticos enfermeros (Campoverde & Chuquimarca, 2019).

Dominio: Es el marco de referencia que engloba las clases y diagnósticos.

Todos y cada uno de estos dominios engloban las respuestas humanas que pueden estar afectadas y que serán identificadas por el profesional de enfermería. Son trece los dominios que se describen en la taxonomía NANDA, estos son:

- Dominio 1: promoción de la salud.
- Dominio 2: nutrición.
- Dominio 3: eliminación e intercambio.
- Dominio 4: actividad/descanso.
- Dominio 5: percepción/cognición.
- Dominio 6: autopercepción.
- Dominio 7: relaciones de roles.
- Dominio 8: sexualidad.
- Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Dominio 10: principios de vida.
- Dominio 11: seguridad/protección.

- Dominio 12: confort.
- Dominio 13: crecimiento/desarrollo

Clases: En esta sección se encuentran los diagnósticos relacionados acorde a las respuestas humanas. En la NANDA se encuentran 47 clases.

Ejes: Cuenta con 7 ejes como son:

- Foco diagnóstico
- Sujeto del diagnóstico (persona, familia o comunidad)
- Juicio (deteriorado o inefectivo)
- Localización
- Edad
- Tiempo
- Estado del diagnóstico

Componentes del diagnóstico enfermero:

- Etiqueta: Es el nombre del diagnóstico
- Definición: La definición misma del diagnóstico
- Factores relacionados: Es la etiología o causas
- Características definitorias: Son los signos y síntomas, los datos objetivos o subjetivos.

(NANDA, 2018).

NOC

Este lenguaje estandarizado unifica los resultados de enfermería. Esto proporciona una base científica para cambiar las actitudes hacia los cuidados de enfermería. Facilitar la cuantificación y evaluación de resultados. Es decir, la condición o percepción de un paciente, familia o comunidad luego de una intervención de enfermería para asegurar una mejor calidad de atención (Campoverde & Chuquimarca, 2019).

Está conformado por 3 niveles, como lo son: Dominios (7), Clases (32) y Resultados (490).

Un resultado está compuesto por:

- Etiqueta: Nombre del resultado.
- Definición: Definición misma de la etiqueta
- Indicador: conducta, estado o percepción del individuo, familia o comunidad que

se usa para la medición del resultado. Para la cuantificación de este cada resultado cuenta con la escala de Likert de 5 puntos.

- Bibliografía

NIC

Consiste en un lenguaje universal que describe el papel del enfermero y permite definir los procedimientos subyacentes a los cuidados. Esta clasificación incluye intervenciones de enfermería directas o indirectas relacionadas con el paciente destinado a promover la salud o tratar y prevenir enfermedades (Campoverde & Chuquimarca, 2019).

Los profesionales pueden adaptar las intervenciones a los pacientes, las familias y las comunidades cambiando las actividades de atención y seleccionando actividades de atención según la edad y el estado físico, mental y emocional. Puede utilizarse en cualquier contexto de sistema de atención y salud (Campoverde & Chuquimarca, 2019). Está conformado por 3 dominios como lo son: Dominios (7), Clases (30) e Intervenciones (565), así mismo cuenta con aproximadamente 13 000 actividades.

Una intervención está compuesta por:

- Etiqueta: Nombre de la intervención.
- Definición: Definición misma de la etiqueta
- Actividades: Actividades que debe realizar la enfermera
- Bibliografía

1.6 Guía de Práctica Clínica

Según la CENETEC las Guías de Práctica Clínica (GPC), son instrumentos médicos de referencia que incluyen revisión de bibliografía medica, en la que se evalúan y analizan las intervenciones en materia de salud a pacientes con enfermedades específicas y las ventajas o desventajas que estas traen consigo, por lo que al analizar esta información mediante un grupo de expertos determinan cuales son las mejores evidencias científicas para ser plasmadas en estas guías (CENETEC, 2017).

Tienen 3 propósitos los cuales son:

- Ofrecer información basada en la mejor evidencia científica disponible a cerca de los principales problemas de salud en el país.
- Fortalecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales

- Contribuir a la mejora de la calidad y efectividad de atención médica




Para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica se lleva un proceso de priorización, estructuración de la guía con el apoyo de especialistas y líderes de opinión, posteriormente la validación en la cual se analiza por personal experto que no ha participado en el desarrollo de la guía y por ultimo una vez validada es sometida a la autorización mediante el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC).

En estas guías podemos encontrar las recomendaciones, puntos de buena práctica y la evidencia científica, que son el sustento de las intervenciones y actividades aplicables a cada paciente.

Según la SSA (2013) menciona lo siguiente *“Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: Escala de Shekelle Modificada. Escala de Shekelle Modificada.”*

Estos son los símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones que podemos encontrar en las GPC: (ver tabla 9)

Tabla 9 Simbología encontrada en Guías de Práctica Clínica

Evidencia	
Recomendación	
Punto de buena práctica	

Fuente: GPC para el diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática en el adulto, Secretaría de Salud (2013).

1.7 Plan de cuidados estandarizado

Los planes de atención estandarizados son el resultado de un trabajo basado en evidencia que define la respuesta de un individuo, familia o grupo a una condición de salud y determina las responsabilidades y acciones de enfermería de cada individuo, familia o grupo (Martínez, 2014).

Es una herramienta de gestión que identifica situaciones en las que las enfermeras intervienen de forma autónoma o en equipo y determina las actividades que realizan las enfermeras para lograr resultados de salud. Ayuda a crear una base de conocimiento científico sobre la cual basar la teoría y la práctica de la enfermería. Esto se logra mediante la generación y validación de conocimientos que realmente promuevan mejores resultados (Martínez, 2014).

Recopilar información de cada paciente como parte de una evaluación de enfermería es fundamental para determinar las respuestas del individuo y la familia a procesos y problemas de salud importantes, ya sean reales o potenciales que sirvan elaborar un diagnóstico de enfermería. La evaluación de la planificación previa a la atención representa un proceso planificado y estructurado de recopilación e interpretación de información, incluida la toma de decisiones para determinar información relevante en las áreas de atención (Reina, 2010).

La valoración específica de cada paciente permite documentar sus problemas en el momento de la atención, los objetivos del plan de cuidados y las intervenciones de enfermería para un paciente concreto, permitiendo la individualización de los cuidados.

El desarrollo de un plan de cuidados individualizado tiene ventajas, entre ellas:

- Los cuidados están centrados en el paciente, lo que ayuda a asegurar que los problemas de salud y la respuesta a ellos sean el centro de atención.
- Promueve la participación del paciente en su cuidado, fomenta la independencia y proporciona al paciente una mayor sensación de control y de los factores importantes en un resultado de salud positivo.
- Mejora la comunicación entre los profesionales ya que proporciona un plan de los problemas o necesidades reconocidos del paciente realizado con un método científico y un lenguaje común.
- Promueve la necesidad de medir los resultados obtenidos, favoreciendo la

calidad y la continuidad de cuidados.

- Fomenta el pensamiento crítico, la toma de decisiones y resolución de problemas.
- Minimiza errores y omisiones en la planificación de la atención.

Los planes de atención estandarizados se centran en aspectos comunes a grupos de personas que exhiben respuestas humanas similares en situaciones similares. Por ejemplo, necesidades que son comunes a todos los pacientes, como la educación sanitaria y el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, para garantizar una atención integral, cada plan de atención debe diseñarse individualmente y cada paciente debe considerarse individualmente (Martínez, 2014).

Los planes de atención estandarizados son "transferibles" y tienen un enfoque común (grupar), a un número de pacientes con la misma respuesta en situaciones similares.

La decisión fue tomada por unanimidad de un grupo de expertos con amplia formación metodológica, experiencia clínica y de enfermería, su finalidad última es aplicarlo de forma individualizada según las necesidades del usuario o paciente. (Martínez, 2014)

Los planes de cuidados incluyen:

- *Una valoración integral, utilizando los modelos de Necesidades Básicas de Virginia Henderson.*
- *Abordar como mínimo los aspectos generales para facilitar un análisis inicial de la situación y permitir, el desarrollo de cuidados de enfermería*
- *Identificación de los problemas de salud (diagnósticos enfermeros) y/o de riesgo que con más frecuencia suelen aparecer en los/as pacientes incluidos/as en cada proceso.*
- *Selección de los resultados a conseguir utilizando la clasificación NOC y los indicadores más oportunos para su evaluación.*
- *Determinación de las intervenciones recomendadas utilizando la clasificación NIC junto con las actividades que nos proporcionarán los resultados deseados.*

Principales componentes del plan de cuidados

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

1. Establecimiento de prioridades

- Problemas que necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar
- Problemas que son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional
- Problemas que tratará usando los planes estandarizados (por ejemplo, vías críticas, planes de cuidados estandarizados)
- Problemas que no están cubiertos por los protocolos o planes estándar, pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo (Martínez, 2014).

2. Elaboración de objetivos

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere determinar los resultados del paciente, que se formulan como objetivos centrados en la persona. (Martínez, 2014)

Los objetivos sirven a tres propósitos principales: (Martínez, 2014)

1. Son el parámetro para medir del plan de cuidados.
2. Dirigen las intervenciones
3. Son factores de motivación

Principios de los objetivos centrados en el paciente (Martínez, 2014).

1. Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros.
2. El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.
3. Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son medidas realizadas por enfermeras para: Gestionar tu salud. Reducir el riesgo. Resolver, prevenir y gestionar problemas. Promover la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria. Promueve una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual (Martínez, 2014).

Cabe recalcar que el PAE es un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible. Y como ya se ha mencionado con anterioridad el PLACE es un instrumento que sirve para documentar los resultados, estrategias, intervenciones y la evaluación de todo lo anteriormente mencionado. Existen 4 tipos de planes de cuidados, que son (SSA, 2018).

4. Documentación del plan.

Este deberá documentarse en los registros clínicos de enfermería, que deben estar homologados y estandarizados acorde lo establecido en cada institución y dependiendo el nivel de atención.

Según el modelo de cuidado de enfermería los registros clínicos de enfermería deben contar con los siguientes elementos:

- Problemas interdependientes definidos,
- Diagnósticos de enfermería.
- Plan de cuidados de enfermería.
- Planeación de cuidados y resultados esperados.
- Ejecución de las guías de práctica clínica.
- Evaluación de resultados.
- Plan de alta y recomendaciones del autocuidado.
- Nombre completo del profesional de enfermería.

En el modelo de cuidado de Enfermería del 2018, se mencionan los 4 distintos tipos de planes de cuidado, que se pueden desarrollar dependiendo las condiciones y tipo de población a la que estarán dirigidos.

Estos son:

- **Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente en concreto (SSA, 2018).

- **Estandarizado:** Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad (SSA, 2018).

- **Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones

de enfermería (SSA, 2018).

- **Computarizado:** Requiere la captura previa de un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente en concreto (SSA, 2018).

El modelo de cuidado de enfermería establece el formato para la realización del plan de cuidados estandarizado en México, de acuerdo a la revisión de la evidencia científica se realiza el ejemplo de un PLACE, de riesgo aplicable al paciente con EH (Ver cuadro 1)

Cuadro 1 Plan de cuidados de enfermería paciente con encefalopatía hepática.

Dominio 11; Seguridad/Protección		Clase 1; Infección			
1	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta: Riesgo de Infección</p> <p>Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retención de líquidos - Supresión de la respuesta inflamatoria - Anemia - Procedimientos terapéuticos invasivos 		<p>Dominio: II Salud Fisiológico</p> <p>Clase: AA Respuesta Terapéutica</p> <p>Resultado:</p> <p>Severidad de la Infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Gravemente comprometido - 2 Sustancialmente comprometido - 3 Moderadamente comprometido - 4 Levemente comprometido - 5 No comprometido 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad, expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
		<p>Resultado:</p> <p>Control de la infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas de infección - Procedimiento de control de infección 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Grave - 2 Sustancial - 3 Leve - 4 Moderado - 5 Ninguno 	

INTERVENCIÓN (NIC): Control de infecciones	CAMPO: II Fisiológico complejo	CLASE: L Control
ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada. - Mantener las normas de asepsia en la realización de procedimientos. - Promover una ingesta de líquidos y nutrientes suficientes acorde a las necesidades del paciente - Administrar antibióticos (en caso de ser necesario). - Observar la vulnerabilidad del paciente. - Explicar al paciente/familiar la importancia de los antibióticos o cualquier otro medicamento prescrito. - Administrar terapia intravenosa según prescripción. - Monitorizar signos vitales. 		
<p>Elaborado por: M, Rodríguez (2023)</p>		

1.8 Marco conceptual.

Enfermería

Es una profesión en el campo de la salud humana que requiere atención, cuidado autónomo y colaboración. En términos generales, las enfermeras se centran en tratar problemas de salud potenciales o reales en las personas (SSA, 2018).

Estandarización

La estandarización es el proceso de adaptar o ajustar la funcionalidad de un producto, servicio o proceso. Su objetivo es parecerse a un tipo, modelo o estándar común (SSA, 2018).

Actividades de enfermería

Actividad o acción realizada por una enfermera para implementar una intervención y ayudar al paciente a lograr el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en acciones concretas. Implementar una intervención requiere muchas actividades (SSA, 2018).

Proceso

Un proceso es una secuencia planificada de actividades. Conjunto de recursos personales y materiales coordinados para lograr un objetivo previamente determinado (SSA, 2018).

Proceso Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Potter, 2019).

Valoración

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores (Potter, 2019).

Diagnóstico

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería (Potter, 2019).

Planeación

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud (Potter, 2019).

Ejecución

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados (Potter, 2019).

Evaluación

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Potter, 2019).

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

Es una organización profesional de enfermeras para estandarizar la terminología del oficio de enfermera que fue fundada en 1982 y desarrolla y refina los criterios, y la taxonomía de la diagnosis del oficio de enfermera (Herdman, 2021).

NIC (Nursing Interventions Classification)

Es un sistema de clasificación del cuidado que describe los tratamientos que las enfermeras realizan. El NIC consiste en una lista estandarizada que contiene 433 diversas intervenciones. Cada una de las 433 intervenciones se cifra en una estructura taxonómica de tres niveles que consiste en 27 clases y 6 dominios. La estructura taxonómica permite la selección fácil de una intervención y clasificarlos por medio de una computadora. El NIC también permite la puesta en práctica de un conjunto de datos mínimo de la enfermera (Bulechek, 2019).

NOC (Nursing Outcomes Classification).

Es un sistema de clasificación que describe los resultados de pacientes sensibles a la intervención del oficio de enfermera. El NOC es un sistema para evaluar los efectos de los cuidados como parte de cuidado médico. El NOC contiene 190 resultados, y cada uno con una etiqueta, una definición, y un sistema de indicadores y de medidas de determinar el logro del resultado del oficio de enfermera (Moorhead, 2019).

Guía de práctica clínica

Las directrices de práctica clínica son una de las herramientas más importantes para que los sistemas de salud modernos y los profesionales médicos practiquen la medicina basada en la evidencia. Son herramientas que se utilizan en beneficio de los pacientes y para impactar positivamente en el sistema de salud (Alba et al, 2017).

Trabajo colaborativo

La colaboración es una metodología en la que dos o más personas participan en la ejecución de una tarea o proyecto con el objetivo de lograr un resultado común. Cada miembro comparte ideas, conocimientos y experiencias y crea nuevos conocimientos juntos. En el contexto de la enfermería, el término se refiere a la colaboración entre enfermeras y otros profesionales de la salud para brindar atención integral y de alta calidad a los pacientes (Dickerson, 2018).

Ofrece diversas ventajas, entre ellas, que permite una mejor coordinación y comunicación entre los miembros del equipo, lo que se traduce en una atención más eficiente y efectiva para el paciente (Mohamed, 2022).

Fomenta el aprendizaje y la adquisición de nuevas habilidades, ya que los profesionales pueden compartir conocimientos y experiencias. Puede mejorar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería, ya que se sienten apoyados y valorados por sus colegas (Dickerson, 2018).

Presenta también algunas desventajas, por ejemplo, puede haber conflictos entre los miembros del equipo debido a diferencias en la opinión o enfoque. Suele ser más lento y

requerir más tiempo y recursos que el trabajo individual. (Mohamed, 2022).

En enfermería, el trabajo colaborativo es un método que se puede utilizar en diversos contextos, como en la atención primaria, la atención hospitalaria y la atención domiciliaria (Dickerson, 2018).

“En la elaboración de planes de cuidado estandarizado de enfermería, es fundamental debido a que este tipo de trabajo implica la participación de dos o más personas en la realización de una tarea o proyecto, con el objetivo de lograr un resultado común, que, en el caso de la estandarización del cuidado, contribuye a lograr la homogeneización del conocimiento, a coadyuvar en la garantía de la seguridad del paciente y a mejorar la calidad de la atención de las enfermeras” (Dickerson, 2018).

1.9 Teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson

La teoría de enfermería de Virginia Henderson, también conocida como teoría de las 14 necesidades básicas, es una de las teorías más influyentes en el campo de la enfermería. Desarrollada en la década de 1950, esta teoría ha sido la piedra angular de la comprensión y la práctica de la enfermería durante muchos años (Naranjo, 2016).

Principios Clave de la Teoría de Henderson

La teoría de enfermería de Virginia Henderson se centra en 14 necesidades básicas que todas las personas deben satisfacer para alcanzar una salud óptima. Estas necesidades incluyen aspectos físicos, psicológicos y sociales y se consideran fundamentales para el cuidado. Estas necesidades incluyen respirar, alimentarse, eliminar, moverse y descansar. Henderson creía que las enfermeras tienen la responsabilidad de ayudar a los pacientes a satisfacer estas necesidades cuando no pueden satisfacerlas por sí mismos debido a una enfermedad, discapacidad o dolencia (Naranjo, 2016).

Un aspecto importante de la teoría de Henderson es su enfoque en la atención holística. Ella creía que la enfermería no se trata sólo de tratar enfermedades y síntomas, sino más bien de cuidar a la persona en su totalidad. Esto significa que los cuidadores deben considerar no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los aspectos

emocionales, sociales y espirituales. Esta perspectiva integral ha influido en el enfoque actual de la atención y ha promovido un enfoque centrado en el paciente (Naranjo, 2016).

Impacto en la Enfermería Moderna de la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas

La teoría de enfermería de Virginia Henderson ha tenido un impacto duradero en la enfermería moderna. Sus principios y conceptos siguen siendo ampliamente utilizados en la práctica clínica y la educación de enfermería. Al centrarse en las necesidades básicas y la atención holística, Henderson ha contribuido a la humanización de la medicina y ha ayudado a los cuidadores a comprender mejor las necesidades de sus pacientes (Naranjo, 2016).

Además, sus teorías influyeron en el desarrollo de otros modelos y teorías de enfermería. Por ejemplo, el modelo de atención de Dorothea Orem se basa en gran medida en las ideas de Henderson y amplía su enfoque para incluir la capacidad de los pacientes para cuidar de sí mismos. Esto muestra cómo la teoría de la enfermería puede evolucionar y adaptarse con el tiempo para reflejar las necesidades cambiantes de la profesión y la sociedad (Naranjo, 2016).

En conclusión, la teoría de la enfermería de Virginia Henderson fue la base de la enfermería moderna. El énfasis en las necesidades básicas y la atención holística influyó en la forma en que las enfermeras abordaron la atención sanitaria y promovieron una visión más humanista de la profesión. A través de su trabajo, Henderson dejó un legado duradero que sigue siendo relevante para la enfermería actual. Su teoría es un recordatorio constante de que la enfermería se trata de cuidar a la persona en su totalidad y ayudarla a alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar (Naranjo, 2016).

En su teoría Henderson define lo siguiente: *“La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso*

realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible” (Candela, 2023).

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

- 1. Respirar normalmente*
- 2. Comer y beber adecuadamente*
- 3. Eliminar por todas las vías corporales*
- 4. Moverse y mantener posturas adecuadas*
- 5. Dormir y descansar*
- 6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse*
- 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.*
- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel*
- 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas*
- 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones*
- 11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores*
- 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal*
- 13. Participar en actividades recreativas*
- 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles*

CAPITULO II.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La CH es una enfermedad que provoca serias complicaciones como, ascitis, peritonitis, encefalopatía, esplenomegalia, trombocitopenia, entre otras y estas pueden desencadenar hasta el coma, la CH una de las 10 principales causas de muerte a nivel global. Una de las complicaciones más frecuentes de la CH, por la que los pacientes acuden a servicios de urgencias, es la EH que es un síndrome neuro-psiquiátrico, potencialmente reversible, causado principalmente por la intoxicación del amonio producido en el intestino grueso, que por el daño hepático es casi imposible eliminar por el organismo.

Se ha observado que al ingreso del paciente con datos de EH, la atención se ve retrasada durante la espera de la valoración por parte del médico encargado, lo que aumenta el riesgo de complicaciones en el paciente, incluso elevando los costos de hospitalización y de tratamiento, así como alargar su estancia clínica y los riesgos que esta conlleva, lo que repercute en la calidad de atención brindada y afectando la calidad de vida de los pacientes y la estabilidad familiar. La atención de enfermería se brinda de manera tardía. El personal de enfermería posee limitado conocimiento respecto a las alteraciones que provoca la EH. Se carece de un plan de cuidados de enfermería estandarizado para la atención a pacientes con EH, por lo que la atención es generalizada generando incertidumbre en el pronóstico y evolución del paciente. Así mismo, se brinda poca o nula información para el autocuidado y cuidado familiar para el paciente, lo que genera múltiples ingresos hospitalarios y deterioro de la calidad de vida, afectando la economía y bienestar del paciente y su familia.

De lo anterior surge la Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el método para realizar un plan de cuidados a pacientes con encefalopatía hepática en una institución privada?

JUSTIFICACIÓN

La CH es uno de los principales problemas de salud en el mundo, debido a su alta morbilidad y mortalidad, aunado a esto la CH es una enfermedad que va en aumento, esto agregado a que una de las causas asociadas a la CH es el hígado graso a consecuencia de la obesidad y diabetes. En el 2020 la SSA informaron que las principales causas de muerte en el estado de Morelos, las principales causas de defunción fueron:

- COVID-19 (virus identificado y no identificado), 14.8%
- Infarto agudo al miocardio (14.6%)
- Diabetes mellitus (9.3%)
- Neumonía no especificada (4.2%)
- Cirrosis hepática (alcohólica y otras), 3.4%

Lo que coloca a la cirrosis dentro de las cinco primeras causas de muerte en la población en general en el estado, tan solo en adultos de 20 a 59 años (SSA, 2020).

La atención rápida y oportuna es crucial en la sobrevivencia del paciente con EH, es por ello que es necesario capacitar al personal de enfermería para que realice un abordaje oportuno al paciente, mismo que sirve para proporcionar las intervenciones necesarias a cada paciente y de esta forma retrasar lo menos posible la atención médica en espera de las indicaciones para su atención. Con esto se busca reducir las complicaciones que esta acarrea, como lo son, el incremento en los costos de hospitalización, el incremento en los costos de tratamiento, estancias clínicas prolongadas y sus complicaciones con el fin de corregir este aspecto, proporcionando al personal de enfermería las competencias necesarias que ayuden a agilizar la atención del paciente, proporcionando las intervenciones específicas en pacientes con EH.

El personal de enfermería es el encargado de proporcionar y brindar los cuidados e intervenciones necesarias a cada paciente, que al ser una alteración que es potencialmente mortal, los cuidados e intervenciones necesarias se vuelven más complejas, por lo que se exige conocimiento con sustento científico, avalado en guías de práctica clínica e incluso es necesario que el personal de enfermería tenga la capacidad de tomar decisiones inmediatas en pro del paciente.

Con el presente proyecto de investigación se pretende elaborar un plan de cuidados

estandarizado de enfermería en paciente con encefalopatía hepática en una institución privada de Cuernavaca, mediante el método de trabajo colaborativo, considerando que esta metodología implica la participación o más de 10 profesionales de enfermería en la realización de una tarea o proyecto, con el objetivo de lograr un resultado común, considera el aporte de ideas, conocimientos y experiencias de cada integrante para producir, entre todos, nuevo conocimiento (Dickerson, 2018).

El desarrollo del PLACES mediante trabajo colaborativo tendrá los beneficios propios de éste, como crear un grupo de trabajo eficaz y productivo, optimización de las horas de trabajo y gestión del tiempo; mejorará la comunicación entre los profesionales; se considerarán diversos enfoques y se elevará la motivación y el sentimiento de pertenencia.

Al estar sustentado por los lineamientos de las intervenciones de enfermería ya establecidas en las GPC facilitará que todo el personal de enfermería que labora en esta institución adquiera las competencias necesarias para aplicar de manera oportuna las intervenciones específicas a cada paciente, ayudando así a reducir el riesgo de mortalidad, reducir los costos, la estancia hospitalaria y mejorar la calidad y eficacia de atención.

CAPITULO III.

OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General:

Establecer el método para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado, para pacientes con encefalopatía hepática aplicado en una institución privada.

3.2 Objetivos Específicos:

- Desarrollar los lineamientos del método a utilizar con base en el PAE y la integración de las taxonomías NANDA NIC NOC, para el desarrollo del plan de cuidados.
- Indagar cuales son las recomendaciones, puntos de buena práctica clínica y evidencia científica de la GPC para el diagnóstico y tratamiento de la encefalopatía hepática en el adulto.
- Evaluar a los profesionales de enfermería sobre el conocimiento de los PLACES a través de una evaluación diagnóstica.
- Conformar un grupo de profesionales de enfermería para elaborar un PLACE de Encefalopatía Hepática.

CAPITULO IV

4.1 PROPUESTA A IMPLEMENTAR

Se ha observado que no se cuenta con un plan en cuidados de enfermería estandarizado para pacientes con Encefalopatía hepática en una institución privada de Cuernavaca, es por ello que esta propuesta se divide en dos partes, la primera consiste en la valoración de conocimientos de los profesionales de enfermería que laboran en esta institución, para de ahí partir y seleccionar a 10 profesionales interesados en ser partícipes de esta propuesta, dando inicio a la segunda fase que es el desarrollo del plan de cuidados.

Población

La población para esta propuesta está conformada de 50 profesionales de enfermería de distintos grados de formación académica y distinta experiencia profesional que laboran en esta institución en los diferentes servicios (Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Corta estancia y CEyE).

Muestra

Para esta propuesta se obtuvo una muestra de 21 profesionales de enfermería.

Objetivo general

- Aplicar el método para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado, para pacientes con encefalopatía hepática aplicado en una institución privada.

Objetivos específicos

- Evaluar el conocimiento de los profesionales que laboran en esta institución a través de una evaluación diagnóstica.
- Conformar un grupo de diez profesionales de enfermería para elaborar un PLACE en Encefalopatía Hepática.

Lugar

Institución privada de Cuernavaca, que brinda atención a pacientes con patología hepática de distintas etiologías.

Tiempo

Del 1 de Octubre al 15 de noviembre 2023, aplicación de la evaluación diagnóstica.

Del 16 al 30 de noviembre 2023, evaluación de los resultados.

Del 1 al 20 de diciembre 2023, conformación del grupo de trabajo con 10 participantes.

Del 15 de enero al 15 de marzo 2024, elaboración del plan de cuidados de enfermería para pacientes con Encefalopatía Hepática.

Procedimiento detallado

Esta propuesta consiste en que el personal de enfermería de esta institución, quien tiene la formación profesional y la experiencia laboral, mediante trabajo colaborativo elabore un plan de cuidados estandarizados, de tal manera que el personal se sienta identificado con su propio plan, de acuerdo a sus posibilidades y a las necesidades de los pacientes a los que atiende.

El proyecto consta de dos fases, las cuales se detallan a continuación

Fase I:

Preparación

En esta etapa el presente proyecto de investigación se pretende mostrar a las autoridades esta institución privada, describiendo la problemática que se ha observado y así mismo exponer los beneficios que se pueden obtener al desarrollar un plan de cuidados, estandarizando las intervenciones que realiza el personal de enfermería a pacientes con EH.

Esta propuesta se divide en dos fases que son:

- Evaluación de los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería acerca de EH, Taxonomías NANDA, NOC, NIC, GPC y PLACE
- Desarrollo del plan de cuidados

Diagnóstico

En esta etapa se ha observado que esta institución privada carece de un plan de cuidados de enfermería estandarizado para la atención a pacientes con EH, por lo que la atención

es generalizada, provocando incertidumbre en el pronóstico y evolución del paciente, cabe recalcar que la pronta y eficaz atención es crucial para evitar las complicaciones que esta trae consigo, de esta manera reducir el tiempo de estancia hospitalaria y disminuir los costos de tratamiento.

La primera fase de esta propuesta consiste en la evaluación de los conocimientos de los profesionales de enfermería que laboran en esta institución, midiendo las siguientes variables de conocimiento:

- Conocimiento sobre Encefalopatía Hepática
- Proceso Atención de Enfermería
- Taxonomía NANDA, NOC, NIC
- Guías de Práctica Clínica
- Plan de Cuidados

Previo consentimiento informado por parte de los profesionales de enfermería (ver anexo 2), se aplicará un cuestionario de evaluación.

Ejecución

En la etapa de evaluación se llevará a cabo por medio de un cuestionario (ver Anexo 1) conformado por 20 preguntas cerradas, enviado por correo electrónico a los 50 profesionales de enfermería, se estableció un tiempo de entrega de este cuestionario de 72 hrs, por lo que los cuestionarios recibidos después de este periodo no se tomaron en cuenta, obteniendo así un total de 21 cuestionarios completamente contestados, 16 cuestionarios incompletos y 13 cuestionarios no contestados.

Este cuestionario consta de 20 preguntas, de las cuales cada pregunta contestada de forma correcta equivale a 2 puntos y si se contesta de forma incorrecta equivale a 0 puntos. El cuestionario tiene un valor total de 40 puntos (100 %), la variable de conocimiento sobre EH está evaluada por 4 ítems 1, 2, 4 y 9 con un total de 8 puntos (20 %), La variable de Proceso Atención de Enfermería está evaluada por 4 ítems 3, 5, 10 y 11 con un total de 8 puntos (20 %). La variable de Taxonomías NANDA-NIC-NOC está evaluada por 5 ítems 6, 7, 8, 17, 19 con un total de 10 puntos (25 %). La variable de Guías de Práctica Clínica está evaluada por 4 ítems 12, 13, 16 y 20 con un total de 8 puntos (20 %). Y la variable de Plan de Cuidados está evaluada por 3 ítems 14, 15 y 18

con un total de 6 puntos (15 %). A continuación se describen de la siguiente manera: (ver tabla 10)

Tabla 10 Variables de conocimiento.

Variable	N° de pregunta	Porcentaje
Conocimiento sobre Encefalopatía Hepática	1, 2, 4, 9 = 8 pts	20 %
Proceso Atención de Enfermería	3, 5, 10, 11 = 8 pts	20%
Taxonomía NANDA, NOC, NIC	6, 7, 8, 17, 19 = 10 pts	25 %
Guías de Práctica Clínica	12, 13, 16, 20 = 8 pts	20 %
Plan de Cuidados	14, 15, 18 = 6 pts	15 %
Total	40 pts	100 %

Evaluación

En esta etapa se llevara a cabo la evaluación de los resultados obtenidos de acuerdo a los cuestionarios aplicados, según los criterios de evaluación, estos son los parámetros que se valoran a fin de analizar y asignar un valor: (ver tabla 11)

Tabla 11 Criterios de evaluación según el cuestionario aplicado.

Puntaje	Puntuación total	Evaluación
40	840	Muy bueno
38-36	798-756	Bueno
34-32	714-672	Regular
Menos de 30	Menos de 630	Deficiente

Resultados

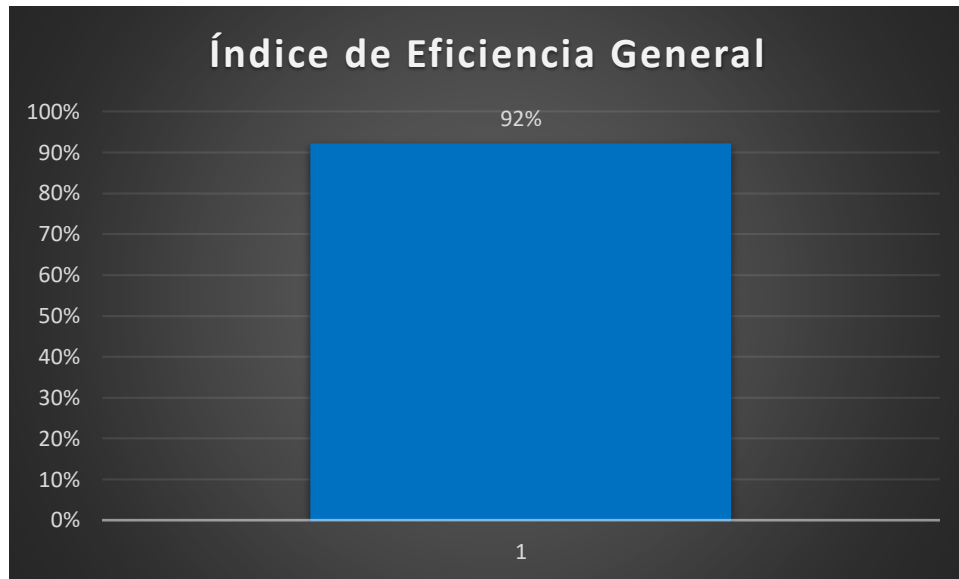
Se tabulan los datos del cuestionario de evaluación de conocimiento, que se han obtenido 21 cuestionarios, de los cuales se expresa los siguientes resultados: (ver tabla 12).

Tabla 12 Resultados de cuestionario aplicados.

Cuestionario	Numero de pregunta																				Puntaje	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	34	85%
2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	90%
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38	95%
5	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	36	90%
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	36	90%
7	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	32	80%
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
9	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	32	80%
10	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	36	90%
11	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	36	90%
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	34	85%
13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
14	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38	95%
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	36	90%
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	38	95%
20	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	30	75%
21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	100%
Total	40	40	38	36	42	40	42	40	38	36	34	38	40	34	34	42	36	40	40	42	772	
%	95%	95%	90%	86%	100%	95%	100%	95%	90%	86%	81%	90%	95%	81%	81%	100%	86%	95%	95%	100%	IEG	92%

Conforme a los resultados obtenidos se obtuvo un Índice de Eficiencia General Bueno del 92%, según los criterios de evaluación. (Ver gráfico 1)

Gráfico 1 Índice de Eficiencia General

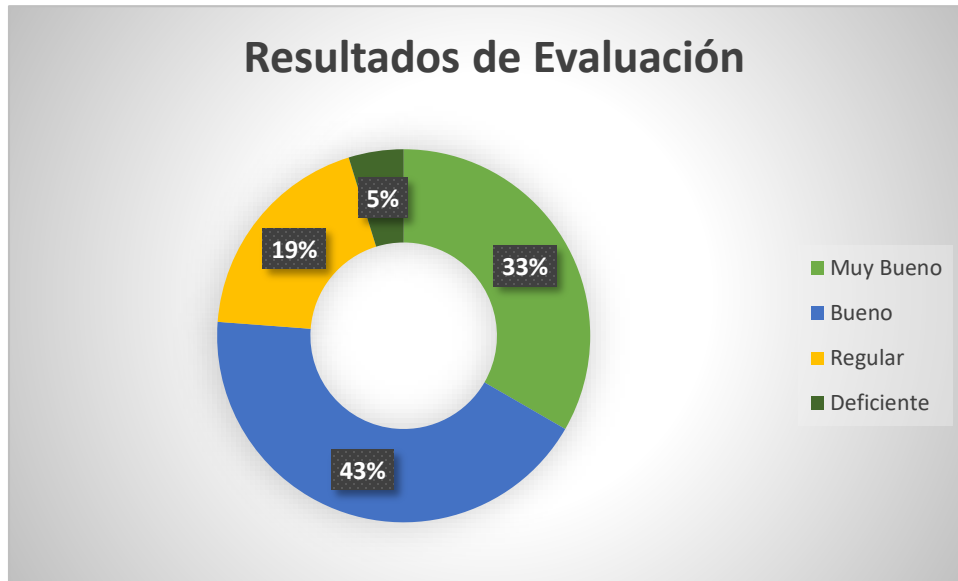


De acuerdo al puntaje obtenido, se ha realizado la clasificación de resultados según lo obtenido por cada cuestionario. (Ver tabla 13 y gráfico 2)

Tabla 13 Resultados de evaluación diagnóstica.

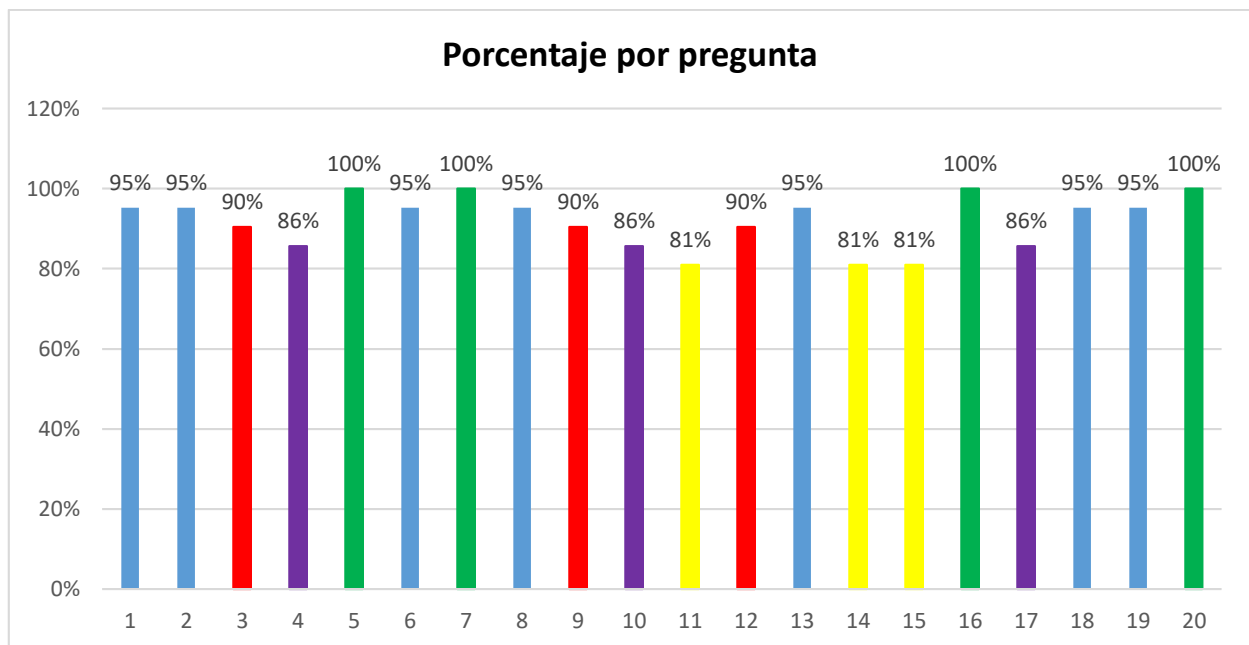
Puntaje	Clasificación	Total de profesionales	%
40	Muy Bueno	7	33%
36-38	Bueno	9	43%
32-34	Regular	4	19%
menos de 30	Deficiente	1	5%
	Total	21	100%

Gráfico 2 Resultados de evaluación diagnóstica por caso



Por medio del análisis de los resultados obtenidos en la evaluación diagnóstica se observó que las preguntas con mayor deficiencia (menor al 81%) son ¿Cuáles son los tipos de diagnósticos de enfermería? Pertenece a la variable de Proceso Atención Enfermería y ¿Cuántos tipos de plan de cuidado existen?, ¿Cuáles son los tipos de planes de cuidado de enfermería?, que pertenecen a la variable de planes de cuidado. (ver gráfico 3)

Gráfico 3 Porcentaje por pregunta

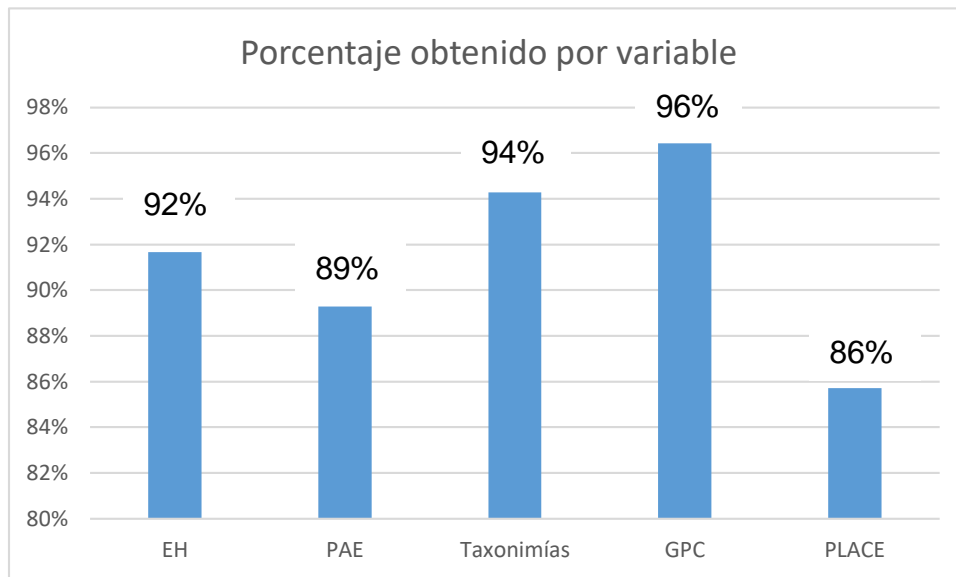


De los resultados obtenidos se ha realizado una comparación con los resultados esperados, de esta manera se obtiene el porcentaje de conocimiento por cada una de las variables, del cual se obtiene que el 92 % de los profesionales de enfermería que laboran en esta institución privada tienen conocimiento sobre Encefalopatía Hepática, el 89 % tiene conocimiento sobre el Proceso atención de Enfermería, el 94 % tiene conocimiento sobre las Taxonomías NANDA, NOC y NIC, el 96 % tiene conocimiento sobre las Guías de Práctica Clínica y el 86 % posee conocimiento sobre el Plan de Cuidados de Enfermería. (Ver tabla 14 y gráfico 4)

Tabla 14 Porcentaje de conocimiento según variables de investigación.

VARIABLES	Esperado	Obtenido	%
EH	168	154	92%
PAE	168	150	89%
TAXO	210	198	94%
GPC	168	162	96%
PLACE	126	108	86%
Total	840	772	

Gráfico 4 Porcentaje obtenido por variable



Fase II de la implementación de la propuesta:

Ejecución

Con los resultados obtenidos anteriormente inicia la fase 2 de esta propuesta, que consiste en seleccionar un grupo de 10 profesionales de enfermería, mismos que serán seleccionados por medio del resultado de su evaluación de conocimientos, esta se facilitará ya que al enviar sus respuestas por correo electrónico se obtiene el nombre del profesional que ha contestado la evaluación, se pretende plantear esto a los profesionales con resultado muy bueno y bueno sin embargo si existe algún profesional interesado en la participación de la elaboración del plan de cuidados de enfermería estandarizado será aceptado a fin de promover su capacitación profesional.

Una vez seleccionado el grupo de 10 profesionales, se propone el siguiente formato para elaborar el plan de cuidados de enfermería. (Uno por cada diagnóstico enfermero) (Ver cuadro 2)

Cuadro 2 Formato para la elaboración del plan de cuidados.

Título

NANDA Diagnóstico de Enfermería Dominio: Clase:	NOC Clasificación de los resultados de Enfermería			
	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta diagnóstica: Definición: Factor relacionado: Características definitorias:	Dominio: Clase: Resultado:			
NIC Intervenciones de Enfermería				
Dominio: Clase:				
Actividades:				
Recomendaciones, evidencias y puntos de buena práctica				
Símbolo	Actividad			Nivel y grado

Fuente: Modelo de cuidado de enfermería, Secretaría de Salud (2018).

Factibilidad del estudio

Factibilidad técnica

La presente propuesta a implementar se pretende dar a conocer al personal directivo y administrativo de esta institución, para que una vez que sea aprobada dar inicio con la implementación de esta.

Factibilidad financiera

Para la implementación de esta propuesta se plantea informar a las autoridades de esta institución el desarrollo de un presupuesto para llevar a cabo el proceso de implementación, que consiste en la adquisición de las bibliografías para llevar a cabo el proceso de desarrollo del plan de cuidados de enfermería. (Ver tabla 15)

Tabla 15 Presupuesto para desarrollo de plan de cuidados.

Instrumento	Costo unitario	unidades	Costo total
NANDA Diagnósticos Enfermeros 2021-2023	\$456.00	2	\$ 912.00
Clasificación de Intervenciones de Enfermería Séptima edición (NIC)	\$ 813.00	2	\$ 1626.00
Clasificación de Resultados de Enfermería Sexta edición (NOC)	\$619.00	2	\$ 1238.00
Hojas blancas	Proporcionado por la institución	N/A	N/A
Bolígrafos	Proporcionado por la institución	N/A	N/A
Equipo de computo	Proporcionado por la institución	N/A	N/A
		Total	\$3776.00

Factibilidad administrativa

La presente propuesta a implementar se presentará a las autoridades de esta institución, así como toda la descripción detallada del procedimiento para la implementación y diagnóstico de conocimiento de los profesionales de enfermería, recalcando la importancia que traerá esta propuesta al mejorar la calidad de atención y de los cuidados

que se otorgan al paciente con EH, de la misma manera la mejora institucional que esta traerá.

Factibilidad política

Para la implementación de esta propuesta se cuenta con las condiciones necesarias para llevar a cabo todas las actividades planeadas, desde la valoración de conocimientos hasta el desarrollo del plan de cuidados, mismas que permiten mejorar las competencias de los profesionales de enfermería.

Factibilidad legal

Es necesario actualizar, capacitar y promover la formación de los profesionales de enfermería, de la misma manera esto corresponde a la institución, esto de acuerdo a la ley General de salud en su Capítulo III, en donde menciona que es responsabilidad de las instituciones otorgar las facilidades para la enseñanza, capacitación y actualización de su propio personal.

La NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 menciona lo siguiente:

5.7. Las autoridades de los establecimientos para la atención médica que prestan servicios de enfermería deberán:

5.7.1. Procurar que el personal de enfermería cuente con la certificación profesional vigente expedida por los organismos colegiados que han obtenido el reconocimiento de idoneidad, expedido por el Consejo Consultivo de Certificación Profesional.

5.7.2. Dar la inducción al puesto a todo el personal de nuevo ingreso a una institución o sujeto a movimiento, en un área específica, de acuerdo a las necesidades detectadas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.8.3. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia

6.5. La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con

estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

Factibilidad social

La implementación de esta propuesta ayudará a que los profesionales de enfermería proporcionen intervenciones adecuadas a cada paciente, ayudando a la pronta mejoría de este, si como evitando las complicaciones que la EH trae consigo, reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria, mejorando la calidad de atención, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para al paciente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de la presente investigación los principios éticos que se consideraron en el diseño del proyecto de investigación son la confidencialidad de los participantes del estudio, el consentimiento informado, el principio de beneficencia y el de no maleficencia. Beneficencia: Implica no sólo protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar; existiendo dos reglas generales como expresiones de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios.

No maleficencia: Este principio se basa en no hacer mal a otra persona, incluso la prevención de este mal. Preservando la privacidad del entrevistado no se registró su nombre en la entrevista, solo se colocó una codificación. La información obtenida fue de uso exclusivo del investigador. Autonomía: La persona es responsable de sus propios

actos y debe obtener el consentimiento informado (Anexo 1) antes de la entrevista y decidir participar libremente en el estudio.

Confidencialidad: Se refiere al secreto profesional y la obligación de proporcionar información veraz a los pacientes. Los datos recopilados sólo se mantendrán en un contexto científico. Justicia: Conjunto de valores esenciales sobre los que debe basarse una sociedad y una nación. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de todos los pacientes y cuidadores después de una explicación detallada de la naturaleza, el propósito y los procedimientos del estudio.

CONCLUSIONES

La elaboración de un plan de cuidados estandarizado de enfermería en paciente con encefalopatía hepática en una institución privada de Cuernavaca, es factible de realizar mediante el método de trabajo colaborativo, dado que el personal de dicha institución posee formación académica y experiencia laboral para desarrollar dicho proyecto.

Es necesario motivar al personal y contar con el apoyo de las autoridades de la institución para crear un grupo de trabajo eficaz y productivo, optimizar las horas de trabajo y gestión adecuada del tiempo.

De la misma forma, la convivencia entre colegas mejorará la comunicación y se considerarán los puntos de vista de todos los integrantes.

A través de los resultados obtenidos en la evaluación diagnóstica de conocimientos, se ha obtenido un Índice de Eficiencia General, Bueno de 92% según los criterios de evaluación, y se obtuvo que el 92 % de los profesionales de enfermería cuentan con el conocimiento sobre EH. El 89 % sobre el Proceso Atención Enfermero. El 94 % acerca de la integración de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC. El 96 % cuenta con el conocimiento sobre Guías de Práctica Clínica y por último se observó que tan solo el 86 % de los profesionales posee el conocimiento sobre Plan de cuidados, siendo la variable con menor porcentaje con lo que se ha comprobado la necesidad de establecer el método para la elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado, ya que se ha observado la ventana de oportunidad con este resultado obtenido.

La elaboración del PLACES por el personal de la institución elevará su motivación para participar en proyectos en beneficio del paciente, le dará sentido de pertenencia y una mayor aceptación del cambio.

Por otra parte, se observó que de acuerdo a los criterios de evaluación se obtuvo que el 33 % del personal tiene una calificación muy buena, el 43 % cuenta con una calificación buena, el 19 % obtuvo una calificación regular y tan solo el 5 % con una calificación deficiente, con lo que podemos observar que se cuenta con profesionales que tienen el conocimiento suficiente para elaborar el plan de cuidados estandarizado.

El documento resultante será una herramienta útil para el personal que labora en esta institución y servirá para la capacitación y adiestramiento del personal de nuevo ingreso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceves-Martins. (2014) Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. *Nutrición Hospitalaria*; 29(2).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200003&lang=es
- Aguilar, J. (2012). *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. Vol. 11(11) 652-569 [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70362-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70362-1)
- Álvarez, G., Delgado, J. (2015). Diseño de estudios epidemiológicos. I. el estudio transversal: tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. Vol. 32(1) 26-34 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
- Bulechek, M. G; Butcher, K. H; Dochterman, M. J. (2019) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* séptima edición, Madrid, España, Elsevier Mosby.
- Candela Bonill de las Nieves y Manuel Amezcua. (2023). Virginia Henderson. Gómeres. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gómeres/?p=626>
- CENETEC. Secretaria de Salud. (2013). guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de encefalopatía hepática en el adulto. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-685-13/ER.pdf>
- Coronel, C., Contreras, J., Frati, A., Uribe, M., Méndez, N. (2020). Eficacia de la rifaximina en los diferentes escenarios clínicos de la encefalopatía hepática Efficacy of rifaximin in the different clinical scenarios of hepatic encephalopathy. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 85(1) 56-68.
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.09.001>
- Cruz, Z., Samada, M., Hernández, J., Rodríguez, H., Perez, T., Barroso, L. (2018). Evolución de los pacientes con cirrosis hepática compensada. *Revista Invest Medicoquir*. Vol. 10(1) 22-35 Recuperado de <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/408/493>
- Delgado, P., Romero, M., De la Cueva, L. (2022). Guía de valoración de las 14 necesidades básicas en un adulto sano. Recuperado de: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/69405/1/guia_definitiva%20%281%2

[9.pdf](#)

- Dickerson, Jessica, Latina, Amanda. (2018). Enfermería de equipo: el enfoque colaborativo mejora la atención al paciente. *Nursing*. Vol. 35. (3).
- Fernández, M., Toala, G., Placencia, B., Merchan, H., Aliatis, A. (2018). Causas frecuentes de cirrosis hepática en el hospital ambulatorio, seguro social, jipijapa, manabí, ecuador. *Revista Científica Multidisciplinaria*. Vol. 2(2) 61-72
Recuperado de <http://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/79/58>
- Garcia-Tsao G. Cirrhosis and its sequelae. In: Goldman L, Schafer AI, eds. (2016) Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders;: chap 153.
- Gómez, A. (2012). Cirrosis hepática actualización. *Revista Farmacia Profesional* Vol. 26 (4) 45-51 Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-cirrosis-hepatica-actualizacion-X0213932412502272>
- Gómez, C., Restrepo, J. (2016). Encefalopatía hepática mínima. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. Vol. 31(2) 154-160 <https://doi.org/10.22516/25007440.84>
- González, J., Higuera, M., Moreno, R., Torre, A. (2019). Fisiopatología y opciones de tratamiento a futuro en la encefalopatía hepática. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 84(2). 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.02.004>
- González, J., Higuera, M., Moreno, R., Torre, A. (2019). Pathophysiology of hepatic encephalopathy and future treatment options. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 84(2) 195-203 <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.02.004>
- Guevara, D., Dominguez, J., Salazar, J. (2020). Cirrosis hepática, causas y complicaciones en mayores de 40 años de edad. *Revista RECIAMUC*. Vol. 5(1). 63-69 DOI: [10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.63-69](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.63-69)
- Harrison principios de medicina interna. (2022). México: McGraw-Hill.
- Herdman, H. T. (2021) *NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS, Definiciones y clasificaciones*, Estados Unidos de América, edición hispano americana.
- Ibáñez-Alfonso, Luz Eugenia, Fajardo-Peña, María Teresa, Cardozo-Ortiz, Claudia Esperanza, & Roa-Díaz, Zayne Milena. (2020). Planes de cuidados enfermeros de

- estudiantes de pregrado: comparación de dos modelos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* , 52 (1), 33-40. Publicación electrónica del 01 de enero de 2020. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n1-2020005>
- Icaza, G., Nuñez, L., Ordaz, N., Verdugo, C., Caglieri, S., Castillo, A. (2017). *Asociación entre variables demográficas y socioeconómicas y mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado*. *Revista Medica de Chile*. Vol. 145(11)
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101412>
- IMSS, (2009). *Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia hepática crónica, México*.
- Jaffe, A., Lim, J., Jakab, S. (2020). Pathophysiology of Hepatic Encephalopathy. *Clinics in Liver Disease*. Vol. 24(2) 175-188 <https://doi.org/10.1016/j.cld.2020.01.002>
- Jasso, M. (2019). Guía de valoración 14 necesidades, apuntes de enfermería. UNAM. obtenido de: <https://www.doccity.com/es/guia-de-valoracion-14-necesidades/4919782/>
- Khungar, V., Poordad, F. (2012). Hepatic encephalopathy. *Clin. Liver. Dis*. Vol. 16(2) 301-320 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22541700/>
- Lopez, P. (2004). Población, muestra y muestreo. *Revista Punto Cero*. Vol. 9(8) 69-74 Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
- Martínez-Delgado, M.M. (2014). Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(1), 11-19. Recuperado en 14 de octubre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100003&lng=es&tlng=es
- Mesejo, A., Juan, M., Serrano, A. (2008). Cirrosis y encefalopatía hepáticas: consecuencias clínico-metabólicas y soporte nutricional. *Revista Nutrición Hospitalaria*. Vol. 23(2) 8-18 Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original2.pdf>
- Mohamed Mohamed Kemsá. (2022). El rol del profesional de Enfermería como sanitario interdisciplinar *Revista Ocronos*. Vol. V (8).
- Moorhead. S; Jonson. M; Maas, L. M & Swanson. E. (2019) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* sexta edición, Madrid, España, ELSEVIER MOSBY.

- Morcillo, A., Morcillo, J., Rodríguez, D., Otero, W. (2019). Encefalopatía hepática: diagnóstico y tratamiento en 2019. *Hepatic Encephalopathy: Diagnosis And Treatment In 2019. Revista Ecuatoriana de Neurología. Vol. 29(1)* 104-114
Recuperado de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2020/05/2631-2581-rneuro-29-01-00104.pdf>
- Naranjo Y. (2016). Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería [Internet].; 32 (4)*
Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986>
- Naranjo, Y., Concepción, J., Rodríguez, M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana Vol. 19(3)*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Narro, J., Gutiérrez, H., López, M., Borges, G., Rosovsky, H. (1996). La mortalidad por cirrosis hepática en México I, características epidemiológicas relevantes. *Salud Pública. Recuperado de:*
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5516/5897>
- Oeda, S., Tanaka, K., Oshima, A., Matsumoto, Y., Sueoka, E., Takahashi, H. (2020). Diagnostic accuracy of fibroscan and factors affecting measurements. *Revista Diagnostics. Vol. 10(11) 940* <https://doi.org/10.3390/diagnostics10110940>
- Padilla Ruiz. Fernández Aguilar. (2013). Encefalopatía hepática mínima. Implicaciones clínicas, diagnóstico y manejo. *Medicentro Electrónica; 17(4)*.
- Pesut DJ. 21st century nursing knowledge work: reasoning into the future. In Weaver C, Delaney CW, Wewber P, Carr R. (1st ed.) (2006) *Nursing and informatics for the 21st century: an international look at practice, trends and the future.* pp.1323. Chicago IL: HIMSS.
- Posos-González MJ, Jiménez-Sánchez J. (2013). Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm IMSS.;21(1):29-33*.
- Potter, A., Griffin, A., Stockert, P. (2019). *Fundamentos de enfermería 9º Edición. ISBN: 9788491134510* Madrid, España. ELSEVIER MOSBY.
- Quiroz, M., Flores, Y., Aracena, B., Granados, V., Salmerón, J., Pérez, R., Cabrera, G., Bastani, R. (2010). Estimating the cost of treating patients with liver cirrosis at the mexican social security institute. *Revista Salud Publica de México. Vol. 52 (6)*

493-501 Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2010/sal106c.pdf>

Raile, M., Marriner, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. España.

Reina G., Carolina del Norte, (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico, (17), 18-23.

Ríos Jiménez, AM , Lage, A. , Gómez, S. , Aguilar, B. , Anta, A. , Tort, C. , Pérez, EH , Adamuz-Tomás, J. , & Juvé-Udina, ME (2020) . Lenguajes de enfermería y planes de cuidados estandarizados. Percepción de uso y utilidad en atención primaria de salud . Atención Primaria , 52 (10), 750 – 758
[10.1016/j.aprim.2019.10.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005)

Roesch, F., et al. (2020). Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. Revista de Gastroenterología de México. Vol. 86(1) 28-35 <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.01.002>

Sanchez, W., Talwalkar, J. (2012). Mayo College Of Medicine Rochester
<https://acgcdn.gi.org/patients/files/2018/06/cirrhosis.spanish.pdf>

Secretaria de Salud. (2015). Normas oficiales mexicanas. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

Secretaria de Salud. (2018). Modelo del cuidado de enfermería 1° Edición Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf

Tapper, E., Gordon, Z., Patwardhan, V. (2015). Refining the ammonia hypothesis: a physiology-driven approach to the treatment of hepatic encephalopathy. Mayo Clin Proc. Vol. 90(5) 646-658 DOI: [10.1016/j.mayocp.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.003)

Umaña, C., Rodríguez, G., Camacho, F. (2019). Encefalopatía hepática: una complicación del paciente hepatópata. *Revista Médica Sinergia* Vol. 4(11) e292
<https://doi.org/10.31434/rms.v4i11.292>

Universidad Fransico Marroquin. Escala de Child-Pugh. Recuperado de: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/escala-de-child-pugh/>

Urillo, J., Alonso, A., García, L., León, I., García, E., Gil, B., Ríos, L. (2011). Métodos de investigación de enfoque experimental. Recuperado de

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55568285/Experimental-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1646547360&Signature=RkActwuMP9Te5XHMQSAWB82iwPCUtlqZcOyrPyvf61Lq2-GQQrYgQL6dLoK0WFrEETM2uEdQC9HDiB~-pgbMgHAnxr2YBgkPMoRq2Wu8E6Kifqf9LSZR436VmlEM~yfByjgL5K8msVVPG5D~RfztJeWkjLsilwhvtRLuaZ481eBOTZ4kt4F6Nu7Zt-Sc7EAYiGgPkdOV0jLbZbc74b2D7J7W21W0YDAIlwMwSGDsb0sKpiPoad0rindcKqFyrsvABBa0of0i1nQPCm31ukPFZ7cGkX2~axdbGVcyHyOLqep4mg6POSd26Sdnl2jCbGxDkwIFkAb7cplhXm2i4i-RTg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Varez, S., López, M., Santos, S., Sabater, D. (2008). Perspectivas sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de la nefrología. *Revista Seden*. Recuperado de https://www.revistaseden.org/files/1754_16.pdf

Velarde, J., García, E., Remes, J. (2020). Manifestaciones hepáticas y repercusión en el paciente cirrótico de COVID-19. *Revista Mexicana de Gastroenterología*. Vol. 85(3) 303-311 DOI: [10.1016/j.rgmx.2020.05.002](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.05.002)

Velarde, J., Higuera, M., Castro, G., Zamarripa, F., Abdo, J., Aiza, I., et al. (2020). Consenso mexicano de hepatitis alcohólica. *Revista de Gastroenterología de México*. Vol. 85(3) 332-353 DOI: [10.1016/j.rgmx.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.04.002)

Vidal, Y., Vicente, M. (2016). Planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería en un hospital pediátrico en el sureste de México. *Horizonte Sanitario*, vol. 15, núm. 1, pp. 46-52 recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845341006.pdf>

Woreta T, Mezina A. Management of hepatic encephalopathy. In: Cameron AM, Cameron JL, eds. (2020). *Current Surgical Therapy*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier;:428-431

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario diagnóstico



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Cuestionario para evaluar el conocimiento del Plan de cuidados de enfermería con base en el Proceso Atención de Enfermería e integración de las taxonomías NANDA, NOC, NIC y GPC y la Encefalopatía Hepática

Nivel

académico _____ Edad _____ Sexo _____ Turno _____ Servicio _____

Instrucciones: marque con un círculo, solo una respuesta es la correcta.

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la encefalopatía hepática?

- a. Una inflamación del hígado
- b. Una enfermedad autoinmune del sistema nervioso
- c. Una disfunción cerebral debida a insuficiencia hepática *

2. ¿Cuál de los siguientes factores es un desencadenante común de la encefalopatía hepática?

- a. Hipertensión arterial
- b. Hipoglucemia
- c. Acumulación de toxinas en la sangre *

3. ¿Qué es el Proceso Atención de Enfermería (PAE)?

- a. Es la aplicación del método científico basado en el que hacer de enfermería para la práctica diaria *
- b. Es un tipo de valoración de enfermería aplicado a pacientes con distintas patologías
- c. Herramienta útil para obtener información de la vivienda del paciente

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la encefalopatía hepática es correcta?

- a. Es una enfermedad rara
- b. Suele ser asintomática
- c. Puede ser potencialmente mortal *

5. ¿Cuáles son las etapas del Proceso Atención de Enfermería?

- a. Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación *
- b. Implementación, Valoración, Integración, Evaluación y Valoración
- c. Valoración, Tratamiento, Planeación, Organización y Ejecución
- d. Juicio, Planeación, Evaluación, Ejecución y Control

6. ¿Cuál es la asociación encargada de elaborar los nuevos diagnósticos o eliminar los que no se utilizan de la taxonomía de los diagnósticos enfermeros?

- a. NANDA*
- b. NIC
- c. NOC

7. ¿Dónde encontramos la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería?

- a. GPC
- b. NANDA
- c. NIC*

8. ¿Dónde encontramos la Clasificación de los Resultados de Enfermería?

- a. NOC*
- b. GPC
- c. NANDA

9. El fármaco lactulosa se utiliza en el tratamiento de la encefalopatía hepática debido a su capacidad para:

- a. Eliminar el exceso de amoníaco en el intestino grueso y reducir su absorción en el cuerpo*
- b. Aumentar el nivel de amoníaco en sangre
- c. Mejorar la función renal

10. ¿En qué etapa del Proceso de Atención de Enfermería se desarrolla el Plan de Cuidados?

- a. Valoración
- b. Planeación*
- c. Ejecución

11. ¿Cuáles son los tipos de diagnósticos de enfermería?

- a. Potenciales, De riesgo, Reales
- b. Problema de Salud, De riesgo, Promoción a la Salud y Síndrome*
- c. Problemas de Salud y De Riesgo

12. ¿Dónde podemos encontrar las recomendaciones, evidencia científica y puntos de buena práctica para diagnóstico y tratamiento de la Encefalopatía Hepática en el Adulto?

- a. GPC*
- b. NANDA
- c. NIC

13. Para realizar la Práctica Basada en Evidencia, ¿De dónde obtenemos la mejor evidencia científica?

- a. NOC
- b. NANDA
- c. GPC*

14. ¿Cuántos tipos de plan de cuidado existen?

- a. 2
- b. 3
- c. 4*

15. ¿Cuáles son los tipos de planes de cuidado de enfermería?

- a. Real, Potencial y De Riesgo
- b. Planeados, Ejecutados, Valorados
- c. Individualizado, Estandarizado, Estandarizado con modificaciones y Computarizado*

16. ¿Qué es una guía de práctica clínica?

- a. Son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de revisión sistemática de la literatura médica para guiar al personal médico y de enfermería a proporcionar atención de calidad*
- b. Es la aplicación del método científico basado en el que hacer de enfermería para la práctica diaria
- c. Es un tipo de valoración de enfermería aplicado a pacientes con distintas patologías

17. La integración de la Práctica Basada en Evidencia al plan de cuidados sirve para:

- a. Emitir evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de revisión sistemática de la literatura médica para guiar al personal médico y de enfermería a proporcionar atención de calidad
- b. Establecer protocolos de cuidado para mejores prácticas e implementación en la cotidianidad del cuidado*
- c. Conseguir un tipo de valoración de enfermería aplicado a pacientes con distintas patologías

18. ¿Cuáles son los tipos de intervenciones de enfermería?

- a. Reales y potenciales
- b. Independientes e interdependientes*
- c. Nacionales e Internacionales

19. ¿Cuál es el propósito de implementar un plan de cuidados de enfermería estandarizado?

- a. Para mejorar la calidad y garantizar la calidad del cuidado de enfermería*
- b. Permite analizar al paciente de forma individualizada
- c. Para facilitar el desarrollo del proceso atención de enfermería

20. ¿Cuál es la estructura de una guía de práctica clínica?

- a. Preguntas, Recomendaciones, Justificación, Resultados de investigación, Tablas de contenido, Referencias y Vigencia de las recomendaciones*
- b. portada, Título, Introducción, Marco teórico, Metodología de la Investigación
- c. Resultados, Referencias y Justificación

Gracias por tu participación

Anexo 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuernavaca, Morelos a ____ de _____ del 20__

Yo _____ acepto participar en el presente proyecto de investigación, que se llevara a cabo en _____, manifiesto decir que se me han explicado el fin que tendrá esta investigación, se me han resuelto dudas mismas que he externado a entera satisfacción. He tomado la decisión de participar bajo ningún tipo de presión, se me ha informado que soy libre de retirarme y no continuar en este proyecto cuando así lo desee sin que esto afecte mi permanencia laboral ni mis prestaciones. Autorizo que la información que se recabe se mantenga en confidencialidad, a fin de proteger mi integridad como empleado y persona. Se me ha informado los alcances de esta investigación, que servirá como formación y actualización para el personal que labora en esta clínica. Se me ha informado que no obtendré ningún tipo de remuneración económica por participar en este proyecto.

Nombre completo y firma

L.E Matías Eduardo Rodríguez Noriega

Nombre completo y firma

Testigo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

Jefatura de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, 21 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **RODRÍGUEZ NORIEGA MATIAS EDUARDO**, con matrícula **10053522**, con el título **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. ALMA ROSA MORALES PÉREZ
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ALMA ROSA MORALES PEREZ | Fecha:2023-11-21 14:11:08 | Firmante

hsdNRBBtDvKlbEr65eNFzIIByPSXepYyHJX/D9z/4x3Ln4HY+1DG1ni5UwBxFE+OG53kD1RjBrs7yjBJJah8Lrxr6C1j9wls27btGcFDZH7CfE3V/kQ4Y7FGOu2N88j5/Q6Wrwl6c6bC3ep0f0UvS9QjNWdmNQcSpXzYJDmhjVjbVRsvdsoAx3wtYve26e0I2lImFzP3eO3V/zhsGkRLRUqaCXJq0FmBLetO0X15ECeiwNTD9PjyDqPRqJt4klyWI3xAtgce4KX8JfKO+QDIYclDeqv1GNax/h4YLMaUX38Mv318mwQ17+Rmd6wTYY3Cfftvoc9Der2VktAtmXqzbAw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



RHMpG5VCN

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/ZUkdHEITwUiGiZjTXkwaJdQXACJIQark>





Cuernavaca, Morelos, 21 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **RODRÍGUEZ NORIEGA MATIAS EDUARDO**, con matrícula **10053522**, con el título **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME | Fecha:2023-11-21 20:01:02 | Firmante

UgqJ3CAGPLd/8cH13AsHZTDqMZHn3PDCdCEeMFuKU6Rtzi8639jWuVP8td8fK2FVoWlWoqYoOdtDSQ5vjKD8GQZEV7GsNCxN2gvnavseB52T+E90usk76+G8X3FV7rlsN47uzH7pkq3hMdRmvcznL.MaS9jzU6EoQaXxAq2iGJ7OF8gOFV/Ha9dFseZUrXBwqsbhwrkI8ITc+bbPDTW8sEH0SNdH/e+RcLzssYDLCBLGO03Aerpa1qUCe+zbp/c41109/Ej6otr/XVmp8zOF7vkS8iZuhNmE2rrcjcBXbixwmMjGbDxHz9+opb99Wxl6oDRD9qyQdgo99aYQ7xQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[4JhPW6Cmn](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/G5jyVeFUwZgcFXbcxmaUTxSllnO4LN4C>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Jefatura de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, 21 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **RODRÍGUEZ NORIEGA MATIAS EDUARDO**, con matrícula **10053522**, con el título **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. IVONNE PATRICIA TORRES PAZ
Profesora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

IVONNE PATRICIA TORRES PAZ | Fecha:2023-11-21 14:06:46 | Firmante

omFUs7rf/ljNnT9jf+Y0z4HmGmo2a/3iMMaAkxMp3MH2zZaID2pQlCgILLKG9HZvdBq+YzMWuhV11Xd0jqce3L+8T5jQaHsJNvFz77ki6FQlt0K+bMmndq0lF5cai4eeAV+RZY2CToo
v5Rx+XjJZ/dAW3hZiw/4jIAZ8je+NmKcY7HvhFNAEVzyPQHr4kFZboZxxRRNIh60rCw0csd/j3HFaNvUufPw8X+SLxyTc1W58tK/wBxqDVj0R19+zFtcCzQBOaYyV0TPBFL/VrihFB
mzJt34G6Ga/nUPUGr3Zf6FLakMANrpLOiZh2raC1v4OGAg5muXVE0C2cQSFfyYA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[wmtJO1To6](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/DWE97DwL8ftHGGPNtXCcE4nGxnzGH53K>





Cuernavaca, Morelos, 21 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **RODRÍGUEZ NORIEGA MATIAS EDUARDO**, con matrícula **10053522**, con el título **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. MIRIAM TAPIA DOMÍNGUEZ
Profesora Investigadora de Tiempo Completo
de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

MIRIAM TAPIA DOMINGUEZ | Fecha:2023-11-21 14:12:55 | Firmante

kd3RJkuOZ0GuAhdQYV9/EFXLdVmlesyKiwBf8JizkuL1KaJlaEyEDcVEdg4p0uizbsxjXi6Jax2ODlloBiVY3uCR5epXJoL4niE+tYZc/1Ni9WfwBE1I9xLZflPe9x7BEnm9qNANTxlw8RkRv5rfk4F5lxJlm9YLwdIC7CmPvEUscrRQtYy3UsNOR6VtAJI0MKpOBBmnhB+YKlwjOqiDq+HZwv+6gKO/YE1lo1k5MkGX13q1euzN7YprCmZHkk7g8KsjPDNZM2xQ8Ibl3tRn0xlwnT/yo3fG7O1mFuiFKfS0yVbCWIOZrY0QBUJX9AuohSAotlXZ5WjbaYPB69/A==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



4jOV9vGkL

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/V4ghZvVPJ0iFR5ruTbeoMCCXWmnPFaXa>





Cuernavaca, Morelos, 21 de noviembre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, del estudiante **RODRÍGUEZ NORIEGA MATIAS EDUARDO**, con matrícula **10053522**, con el título **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO, UN MÉTODO EN LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.

Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que el estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. TERESA OJEDA CHACÓN
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

TERESA OJEDA CHACON | Fecha:2023-11-21 14:28:00 | Firmante

i7fnB4j6RRS+FINE/fM1uZqACPrAXR5Ap36KrTt3Ffk5sMFjq3BkNI2yLydeq4uBykiOnjrSZhONKOGiCylA8pMyrdBPTHpXwf87T6nbEPq7OLUk4unASCyiScst3iSbGAal7boGcZVvx
h6Bfx5qJL3vrrdqTFyXY5bw+7LHu2d9XA0JQ/DQvqOODpk0ZN6/V+8BljH5+kBuNbKYf0ySs58oT7Gp6+I62fuShdWXPXUbBlyTMP008ychH5unxJZpnhn4Av/Ba65CkQrlvcs/f15KY
g/8lZlYsefbgss1asBde6JgqmfNePqKnfZvPOITG16KhUgQhBibBQ575oQP51NA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[gwRE736xe](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/r4Rg1M80oS6BGgt9bDGoqjxXHc0Uk75U>

