



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2023 - 2024
Trabajo de Fin de Grado

Plan de Cuidados de Enfermería
en un paciente con ascitis

Ana Herrero Martín

Tutor/a: Irene Carbajo de Diego

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por apoyarme en todo, confiar siempre en mí y por estar al pie del cañón durante todos estos años. Gracias a ellos me he convertido en la persona que soy hoy en día.

A ti, abuela, que sabías que lo conseguiría, pero no pudiste llegar a verlo. Espero que te sientas muy orgullosa de mí.

RESUMEN

Introducción: la ascitis es la acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal. Se asocia a un mal pronóstico y presenta una elevada morbilidad y mortalidad desde su aparición.

Objetivos: describir las actividades e intervenciones enfermeras en un paciente con ascitis mediante la elaboración de un plan de cuidados individualizado a propósito de un paciente afectado por la ascitis.

Diseño: plan de cuidados individualizado.

Metodología: realización de una revisión bibliográfica usando las principales bases de datos para el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería individualizado en base a la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

Resultados / Marco Teórico: la ascitis conlleva importantes cambios en la estructura del cuerpo provocando alteraciones en el funcionamiento del organismo que se deben compensar. Es importante detectar la ascitis lo antes posible y, para ello, usamos diferentes medidas diagnósticas. Una vez se conoce la causa, se comienza con el tratamiento más adecuado para cada paciente.

Plan de cuidados: en base a las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, se establece un plan de cuidados donde se especifican los resultados esperados, las intervenciones y las actividades a realizar por parte del equipo de enfermería y del paciente – familia.

Conclusiones: se ha diseñado un plan de cuidados individualizado basado en los diagnósticos, los resultados, las intervenciones y las actividades de enfermería que permiten unificar criterios de actuación y abordar de manera integral a los pacientes con ascitis.

Palabras clave: ascitis, cuidados de enfermería, plan de cuidados, paracentesis.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
a. Objetivo general	4
b. Objetivo específico.....	4
4. METODOLOGÍA Y MÉTODOS	4
a. Diseño del estudio.....	4
b. Estrategias de búsqueda bibliográfica	5
5. RESULTADOS / MARCO TEÓRICO	6
a. Fisiopatología.....	6
b. Diagnóstico	7
c. Tratamiento	9
6. PLAN DE CUIDADOS	12
a. Presentación del caso clínico	12
b. Valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson y desarrollo del plan de cuidados.	16
7. DISCUSIÓN	27
8. CONCLUSIONES	28
9. BIBLIOGRAFÍA	28
10. ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Necesidad de respirar normalmente. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 2. Necesidad de comer y beber. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 3. Necesidad de moverse. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 4. Necesidad de reposo/sueño. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 5. Necesidad de temperatura. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 6. Necesidad de higiene/piel. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 7. Necesidad de evitar peligros/seguridad. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 8. Necesidad de comunicación. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 9. Necesidad de creencias/valores. NANDA, NOC, NIC (10)

Tabla 10. Necesidad de trabajar/realizarse. NANDA, NOC, NIC (10)

INDICE DE ABREVIATURAS

TFG: Trabajo de Fin de Grado

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NOC: Nursing Outcomes Classification

NIC: Nursing Interventions Classification

PBE: Peritonitis Bacteriana Espontánea

CEIm: Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos

PAM: Presión Arterial Media

SNS: Sistema Nervioso Simpático

LDH: Lactato Deshidrogenasa

LVP: Large Volume Paracentesis: paracentesis evacuadora de alto volumen.

DCPP: Disfunción Circulatoria Postparacentesis

DPPI: Derivación Percutánea Portosistémica Intrahepática.

IRA: Insuficiencia Renal Aguda.

HTA: Hipertensión Arterial.

TaTME: Escisión Total del Mesorrecto Vía Transanal.

1. INTRODUCCIÓN

La ascitis se define como la acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal. Afecta a casi todos los sistemas orgánicos, se asocia a un mal pronóstico y tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Presenta una morbilidad y mortalidad muy elevada desde su aparición, entre el 15% en el primer año y el 44% en los próximos 5 años. El origen es multifactorial y se debe al resultado del desarrollo y la combinación de la hipertensión portal y la insuficiencia hepática. (1)(2)

La causa más común que provoca la ascitis es la cirrosis hepática, en un 80% de los casos. También existen otras causas como son el cáncer, en un 10% de los casos, la insuficiencia cardíaca en un 3%, la tuberculosis en un 2%, la diálisis y la enfermedad pancreática en un 1% y otras en un 2%.

La sintomatología que presentan en el inicio de la enfermedad suele ser, sobre todo, la distensión abdominal progresiva, que puede ser indolora o asociada a malestar abdominal, aumento de peso, sensación de saciedad temprana, dificultad para respirar y disnea. Todo ello por la consiguiente acumulación de líquido y el aumento de la presión abdominal, además de presentar otros síntomas relacionados con enfermedades de base. (2)

En cuanto al diagnóstico, el método más rápido y rentable es la realización de la paracentesis abdominal con el análisis del propio líquido ascítico para determinar la causa de la ascitis. (1)

Podemos dividir la ascitis en dos grupos:

Ascitis no complicada: es aquella ascitis que no presenta signos de infección ni se asocia con síndrome hepatorenal. Se clasifica a su vez en función de el volumen de líquido ascítico:

- Grado 1: ascitis leve, es detectable mediante ecografía.
- Grado 2: ascitis moderada, es posible detectarla con exploración física. Ya empieza a estar presente una distensión abdominal moderada y simétrica del abdomen. Además, este grado de ascitis no interfiere con las actividades básicas de la vida diaria.
- Grado 3: ascitis severa o a tensión, se aprecia una marcada distensión y un malestar abdominal intenso asociado a disnea. Este grado de ascitis si interfiere con las actividades básicas de la vida diaria.

Ascitis refractaria: es aquella que no es posible tratar con diuréticos ya sea porque no responde a dosis máximas o por la imposibilidad de usarlos en las dosis adecuadas por la aparición de efectos secundarios. Se clasifica a su vez en función de la respuesta a los diuréticos:

- Resistente al tratamiento con diuréticos: aquella que no puede eliminarse o reaparece de manera temprana por la escasa respuesta a la restricción de sodio y a dosis máximas de diuréticos.
- Intratable con diuréticos: aquella que no se puede movilizar con dosis adecuadas de diuréticos por el desarrollo de complicaciones inducidas por los mismos que impiden su uso. (3)

El tratamiento más adecuado va a depender de la causa de la retención de líquidos. El objetivo principal es minimizar el volumen de líquido ascítico y el edema periférico, sin causar depleción del volumen intravascular. Para ello, las principales medidas terapéuticas son las sintomáticas que incluyen la restricción de la ingesta de sodio, la administración de diuréticos y, la extracción de líquido del abdomen a través de realización de paracentesis. (1)(2)

Las complicaciones de la ascitis pueden incluir, entre otras, la peritonitis bacteriana espontánea (PBE), celulitis, derrame pleural y hernias de la pared abdominal.

En cuanto a la gestión por parte de enfermería, en líneas generales, consiste en: comprobar los signos vitales, controlar la oxigenación y la oximetría de pulso, medir la circunferencia abdominal, controlar el peso corporal, prevenir la trombosis venosa profunda, fomentar la dieta baja en sodio y la deambulaci3n, asistir con la realizaci3n de la paracentesis si es necesaria, vigilar que los parámetros de coagulaci3n no sean anormales, administraci3n de medicamentos seg3n lo indicado y educar al paciente y a la familia sobre la patología. (2)

2. JUSTIFICACI3N

Con la realizaci3n de este TFG se propone el diseño de un plan de cuidados individualizado en un paciente que padece ascitis con la intenci3n de unificar criterios entre los diferentes miembros del equipo de salud, conseguir una mejora en su calidad de vida, disminuir la prevalencia y solventar las dificultades que pueden presentar estos pacientes.

Es importante seguir un plan que marque la pauta de actuaci3n para ver qu3 objetivos nos debemos marcar y los resultados que esperamos obtener para poder evaluar si hemos conseguido llevarlo a cabo o no.

En este caso nos ayudará a basarnos en las necesidades del paciente y a prestar cuidados basados en una evidencia científica con el fin de poder brindar la mejor atenci3n, controlar el dolor y otros sntomas ocasionados por la enfermedad. Adem3s, reducir3 la posibilidad de aparici3n de futuras complicaciones y se conseguir3 recuperar la salud lo antes posible.

A parte de las ventajas que tiene para el paciente, cabe destacar que tambi3n las tiene para los profesionales de la salud ya que permite abordar la atenci3n a los pacientes de una manera ordenada y guiada potenciando la capacidad de decisi3n, la conciencia y el compromiso con el trabajo.

Es importante que la enfermería tome parte activa en sus cuidados, para lograr disminuir el sufrimiento, atender a sus dudas, proporcionar las mejores condiciones posibles, brindar todo el apoyo necesario y velar por su seguridad e integridad física. La educación para la salud centra los objetivos en conseguir el mayor bienestar para el paciente, así como detectar y resolver problemas físicos, psíquicos o sociales.

3. OBJETIVOS

a. Objetivo general

- Describir las actividades e intervenciones enfermeras en un paciente con ascitis mediante la elaboración de un plan de cuidados individualizado a propósito de un paciente afectado por la ascitis.

b. Objetivo específico

- Desarrollar la taxonomía NANDA-NOC-NIC para cada necesidad alterada por la ascitis.
- Identificar el papel de enfermería en los cuidados del paciente con ascitis.
- Unificar criterios de actuación del personal de enfermería implicado en los cuidados del paciente con ascitis.

4. METODOLOGÍA Y MÉTODOS

a. Diseño del estudio

El trabajo se ha estructurado en dos partes. La primera de ellas trata de abordar, desde el punto de vista teórico, la ascitis, junto con sus características más elementales: etiología, causas, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones...

La segunda de ellas consiste en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado a propósito de un caso de un paciente con ascitis. Para elaborarlo nos hemos centrado en las fases de las que consta un proceso

enfermero: la valoración mediante el modelo de Virginia Henderson, el diagnóstico mediante la utilización de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de los resultados según la Nursing Outcomes Classification (NOC) y las intervenciones de enfermería según la Nursing Interventions Classification (NIC) con el fin de ajustar las necesidades individuales del paciente.

Al tratarse del caso de un paciente real, ha sido necesaria la presentación de documentación a los diversos organismos implicados, en este caso, al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) y la aprobación por parte de los mismos. (Anexo 1. *Aprobación del comité ético*)

b. Estrategias de búsqueda bibliográfica

Este trabajo se fundamenta en una búsqueda bibliográfica que ha consistido en el análisis de diferentes trabajos de investigación y publicaciones científicas, recopilando los datos necesarios sobre pacientes con ascitis y el papel del personal de enfermería en sus cuidados.

Se consultaron las bases de PubMed, Dialnet, Elsevier, Teseo, la Biblioteca de la Universidad de Valladolid y el NNNConsult.

Los términos DeCS/MeSH usados fueron:

- Ascitis / Ascites.
- Cuidados de enfermería / Nursing care.
- Plan de cuidados / Care plan.
- Paracentesis / Paracentesis.

En cuanto a los operadores booleanos empleados, se utilizaron AND y OR y las palabras claves usadas fueron: ascites, nursing care, care plan, paracentesis.

La búsqueda fue realizada en el período comprendido entre los meses de enero

de 2024 y mayo de 2024 y, de todos los resultados obtenidos, tras la lectura y análisis de cada uno de ellos, se seleccionaron los artículos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Tema de estudio: cuidados de enfermería para la ascitis.
- Fecha de publicación: artículos actuales, ya que nuestro objetivo es basarnos en una bibliografía lo más actualizada posible. Para ello se limitó la búsqueda a artículos con menos de 5 años de antigüedad (desde el año 2019 hasta 2024, el año actual).
- Idioma: artículos en español o inglés.
- Tipos de artículos: artículos redactados por entidades científicas en revisiones bibliográficas, tesis doctorales, trabajos de fin de grado previos, publicaciones en revistas, guías de práctica clínica y libros.
- Artículos con acceso al texto completo.

En cuanto al resto de las publicaciones no usadas se descartaron aquellas que no cumplían con los criterios de inclusión, por lo que se consideran criterios de exclusión los siguientes:

- Artículos que carecen de información relevante para el desarrollo del trabajo.
- Artículos publicados antes del 2019 o con necesidad de actualización.
- Artículos redactados en idiomas diferentes al español o inglés.
- Artículos sin una clara evidencia científica.
- Documentos sin acceso al texto completo.

5. RESULTADOS / MARCO TEÓRICO

a. Fisiopatología

Como ya hemos mencionado, la sintomatología de la ascitis cursa con distensión abdominal progresiva, aumento de peso, malestar abdominal y dificultad para respirar, debido a la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal.

Esto conlleva importantes cambios en la estructura del cuerpo de las personas que lo padecen, provocando un aumento de la presión hidrostática en las capilares sinusoides, es decir, un aumento de la resistencia vascular intrahepática que da lugar a la síntesis local de sustancias vasodilatadoras como el óxido nítrico. Debido a la poca degradación de este tipo de sustancias, se genera una vasodilatación arterial esplácnica que aumenta el volumen sanguíneo del territorio esplácnico provocando una disminución de la presión arterial media (PAM). En los primeros momentos de la ascitis la PAM es compensada con un aumento del gasto cardíaco, pero a medida que avanza la enfermedad se va reduciendo aún más esa resistencia vascular que ya no puede ser compensada con el gasto cardíaco.

Como mecanismo de compensación se activa el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema renina-angiotensina-aldosterona que permiten mantener un volumen arterial efectivo y una PAM normal. Pero estos sistemas compensadores tienen un efecto negativo sobre la función renal y cardíaca ya que sintetizan sustancias antinatriuréticas que provocan la retención de sodio, expanden el volumen de líquido extracelular y aumenta la presión capilar intestinal dando lugar a la aparición de ascitis, edemas, hiponatremia y deterioro de la función renal por vasoconstricción. Esto también provoca una disminución del flujo sanguíneo renal y del filtrado glomerular que conlleva un fallo renal progresivo conocido como síndrome hepatorenal. Todo ello empeora el pronóstico y el tratamiento de la ascitis. (1)(4)

b. Diagnóstico

La ascitis puede detectarse de varias maneras, mediante exploración física, con la medición de la PAM, con un estudio analítico y con otras pruebas complementarias.

Con la exploración física podemos observar a la palpación, la presencia de una distensión abdominal variable. Además, cuando el líquido en la cavidad peritoneal es superior a 1,5 litros aparece matidez en ambos flancos.

Se mide la PAM para evaluar clínicamente la disfunción circulatoria y conocer el grado de alteración de la hemodinámica sistémica. Un valor inferior a 80 mmHg indica un mal pronóstico y se asocia con una peor supervivencia. (3)(4)

Con la realización de un estudio analítico se busca medir el grado de insuficiencia hepatocelular, determinar el pronóstico del paciente y decidir el tratamiento más adecuado. Para ello, se pide el perfil hepático, la función renal, el proteinograma, el hemograma y la coagulación. (5)

Se realizan también una serie de pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico, como es el EcoDoppler abdominal, la endoscopia digestiva alta y la paracentesis diagnóstica.

El **EcoDoppler abdominal** orienta hacia la posible causa de la ascitis, sirve para descartar trombosis portal, observar algún aumento del diámetro de venas suprahepáticas...

La **endoscopia digestiva alta** sirve para descartar la presencia de posibles varices esofágicas, ya que están presentes en el 50% de los pacientes con ascitis. (3)

La **paracentesis diagnóstica** es un método temporal, pero es el más rápido y nos permite establecer el diagnóstico etiológico de la ascitis y descartar la presencia de peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Consiste en el drenaje del líquido ascítico de la cavidad peritoneal para su estudio. Se realiza por una punción estéril en la pared abdominal que se conecta a un sistema de recolección cerrado. El objetivo es minimizar el volumen de líquido ascítico y el edema periférico, sin causar una depleción del volumen intravascular, consiguiendo con ello, reducir las molestias del paciente causadas por la ascitis.

La apariencia del líquido da una orientación del diagnóstico. Si es de aspecto lechoso puede ser por causas de pancreatitis o enfermedad congénita entre otras. El aspecto hemático puede ser por neoplasia o traumatismo y el aspecto claro es común de la cirrosis hepática. (1)(3)(4)

Este estudio debe incluir un recuento celular y diferencial, un cultivo bacteriano y un análisis bioquímico con la determinación de proteínas incluyendo las albúminas ya que el gradiente albúmina-ascitis es el marcador más sensible. Un gradiente mayor o igual que 1,1g/dL predice que el paciente presenta hipertensión portal con una precisión diagnóstica del 97%. Si se sospechase de PBE también se han de determinar los niveles de lactato deshidrogenasa (LDH) y glucosa. Las complicaciones que presenta son el dolor, la hipotensión, la posible infección y la perforación intestinal y /o de otras vísceras. (1)(4)(6)

c. Tratamiento

Los pacientes que presentan una ascitis asintomática, es decir, de **grado 1**, como no tienen complicaciones asociadas, el tratamiento consiste únicamente en reducir la ingesta de sodio de la dieta (4,6 – 6,9 gr de sal al día).

Los que presentan una ascitis sintomática, es decir, los que presentan un **grado 2 o 3**, lo que se busca es conseguir un balance de sodio negativo y esto se consigue reduciendo el sodio en la dieta y aumentando la excreción de orina mediante el tratamiento con diuréticos. (3)

En cuanto al tratamiento con diuréticos, tiene una eficacia del 90%. Los más usados son los diuréticos de ASA, como lo es la furosemida, que tienen una gran potencia antinatriurética, es decir, se encargan de inhibir la reabsorción de sodio, llegando a eliminar hasta el 30% del sodio filtrado. Hay que tener en cuenta que la pérdida de peso no debe ser mayor de 0,5 kg en pacientes que no presentan edemas y no debe ser mayor de 1 kg en pacientes que presentan edemas, para evitar la aparición de insuficiencia renal. Una vez hemos conseguido movilizar la

ascitis, está recomendado mantener la mínima dosis eficaz de diuréticos manteniendo al paciente en un grado 1 de ascitis sin complicaciones asociadas.

(3)(4)(7)

En los pacientes que presentan una ascitis a tensión, es decir, de **grado 3**, se debe realizar como tratamiento de primera elección la paracentesis evacuadora de alto volumen (LVP), junto con una dieta reducida en sodio y la mínima dosis de diuréticos necesaria para evitar la reacumulación de líquido.

La LVP consiste en la aspiración directa de más de 5 litros de líquido ascítico. Tiene como consecuencia la disfunción circulatoria postparacentesis (DCPP) debido a la eliminación de gran volumen de líquido. Esto se previene mediante la administración de 6 - 8 gramos de albúmina por litro de líquido ascítico extraído tras la realización de la misma. Es un procedimiento seguro y eficaz, con una tasa de complicaciones mínima y se puede realizar de manera ambulatoria.

(3)(4)(5)

En los pacientes que presentan una **ascitis refractaria** tenemos diferentes medidas intervencionistas, las cuales son las LVP periódicas, la derivación percutánea portosistémica intrahepática (DPPI), la bomba implantable peritoneal y el trasplante hepático. (3)

La **LVP** es el tratamiento de primera línea en pacientes con ascitis refractaria, se realizan cada 2 - 4 semanas. Además, los pacientes con ascitis refractaria deben continuar recibiendo diuréticos si los toleran, a menos que haya complicaciones importantes o el nivel de sodio en orina sea <30 mmol/día. Los pacientes pueden requerir varias paracentesis repetidas, llevando a un cumplimiento del tratamiento deficiente, reduciendo la calidad de vida y aumentando el riesgo de DCPP, hemorragia e infecciones. Si la paracentesis no es efectiva, no es tolerada o está contraindicada, se recomienda la realización de una DPPI. (2)(7)

La **DPPI** consiste en la creación mediante radiología y a través de la vena yugular, de una comunicación entre la circulación portal y sistémica mediante una prótesis autoexpandible. Con esto se reduce directamente la presión venosa portal y conseguimos un aumento de la excreción renal del sodio. Sin embargo, la realización de este procedimiento se asocia con un riesgo de desarrollar una encefalopatía hepática en el 15 - 45% de los pacientes, pero es cierto que los pacientes muestran una mejora significativa en la función renal en comparación con los que se les ha realizado LVP. (3)(8)

La **bomba implantable peritoneal** o **bomba Alfapump** consiste en la implantación vía subcutánea de una bomba con baterías y con dos catéteres, uno conecta la bomba a la cavidad peritoneal y el otro se conecta a la vejiga urinaria. La función que tiene es la de movilizar la ascitis desde la cavidad peritoneal hasta la vejiga para facilitar la eliminación de ese líquido ascítico mediante la orina. Funciona durante el día y detiene su funcionamiento a la hora de dormir. Permite extraer unos 0,5 - 2,5 litros al día. Es un procedimiento con grandes dificultades y presenta un alto número de complicaciones ya que es una gran fuente de infección pudiendo llegar a provocar una sepsis grave, IRA, insuficiencia hepática aguda o crónica y obstaculizar el trasplante de hígado. Se suele usar en pacientes que no son aptos para DPPI. (3)(9)

El **trasplante hepático** es el método más eficaz ya que consigue revertir radicalmente la hipertensión portal. El inconveniente que presenta es que no es posible realizarlo en todos los pacientes, debido al bajo número de donantes de hígado, al alto coste económico que supone y a las contraindicaciones que presentan algunos de los pacientes. Sin embargo, todos los pacientes deben considerarse desde un primer momento candidatos potenciales para trasplante de hígado, priorizamos a los que tienen una ascitis refractaria, PBE o síndrome hepatorenal ya que se asocian a un mal pronóstico vital con una supervivencia media de 6 meses, por lo que es recomendable que se incluyan en la lista de espera de trasplante si no hay contraindicaciones. (2)(3)(5)

6. PLAN DE CUIDADOS

a. Presentación del caso clínico

Ingreso y evolución

El plan de cuidados se desarrolla a partir del caso de un hombre de 75 años que ingresa el día 13 de febrero de 2024 de manera programada para el tratamiento quirúrgico de una **NEOPLASIA MALIGNA EN EL RECTO MEDIO**.

El día 15 de febrero se le interviene quirúrgicamente y se lleva a cabo la escisión total del mesorrecto vía transanal (TaTME). Se realiza una exeresis de la neoplasia del recto medio, una colostomía terminal y un Hartmann (resección del recto con cierre del muñón distal, dejándolo cerrado y sin tránsito digestivo), colocándose dos drenajes. El paciente presentaba como antecedentes una hepatopatía crónica compensada ya conocida en estadio cirrótico y en seguimiento por consultas externas. Tras esta intervención tiene lugar la manifestación de una **ASCITIS REFRACTARIA INTRAHOSPITALARIA**.

El 20 de febrero se realiza una interconsulta con nefrología debido a la presencia de **HIPONATREMIA** (115 - 124 mmol/L) en analíticas recientes, secundaria a escasos aportes de sodio, debido a la administración de sueros hipotónicos y dietas hiposódicas. Desde entonces, se administra gran cantidad de sueros glucohiposalinos y se recomienda el aumento de la ingesta de líquidos de manera oral. Continúa el seguimiento por parte de nefrología hasta llegar a conseguir que los niveles de sodio se mantengan corregidos (135 mmol/L).

Posteriormente, el día 21 de febrero es intervenido por una eventración del abdomen, realizándose una **EVENTROPLASTIA** con colocación de una malla quirúrgica. El 29 de febrero tiene lugar otra eventración, y se vuelve a realizar la reparación también mediante **EVENTROPLASTIA** con colocación de otra malla quirúrgica.

El 13 de marzo se realiza una interconsulta a DIGESTIVO por esa ASCITIS REFRACTARIA INTRAHOSPITALARIA que avanza de manera progresiva. Se registra la salida de 3 litros diarios de líquido ascítico claro por el drenaje que se colocó quirúrgicamente en la primera intervención. Se pide el cierre del drenaje para restringir la salida del líquido ascítico y evitar así la pérdida de volumen para intentar eliminar ese líquido de manera renal mediante el tratamiento con albúmina cada 6 horas y furosemida cada 12 horas y se reduce la sueroterapia pautada por nefrología ya que debido a la gran cantidad de volumen administrado es normal que la ascitis se ponga de manifiesto.

El 15 de marzo se termina cerrando el drenaje y, a partir de ahí, comienzan los episodios recurrentes de fiebre (37 - 39°C) sin foco aparente. En los días siguientes, a la exploración física se aprecia oleada ascítica, con abdomen blando, depresible y escaso dolor espontáneo, pero sí a la palpación, y con presencia de aumento del perímetro abdominal e hinchazón en el mismo. Se valora la realización de una paracentesis evacuadora, pero de momento no es susceptible a optar a ella.

El 25 de marzo se realiza una interconsulta a infecciosos para la valoración de la fiebre. Se decide colocar un catéter de tipo PIGTAIL, que permita eliminar del cuerpo aquellos líquidos innecesarios. Tras la colocación del catéter se eliminan 4,5 litros consiguiendo reducir las molestias del paciente tras la evacuación de esta gran cantidad de líquido. Debido a la persistencia de la fiebre, el 2 de abril se decide cierre de catéter pigtail para tomar un cultivo sin pauta antibiótica. A raíz de cerrar ese drenaje, el paciente sube 4 kg en dos días.

El día 8 de abril, el propio paciente se retira el pigtail de manera accidental y los días siguientes el paciente sigue aumentando de peso, por lo que se decide colocar un drenaje PENROSE con bolsa recolectora a través del cual se consigue que el paciente elimine 3 litros de líquido ascítico claro.

Del cultivo extraído se manifiesta una bacteria conocida como *Enterococcus faecium*. Por ello, el día 16 de abril se decide reintervenir para **RETIRAR LA MALLA QUIRÚRGICA** implantada en la última intervención (29/02) por ser el posible foco de infección y por un rechazo del paciente a la misma. A partir de este momento, la temperatura se mantiene en rango (36 - 36,5°C), pero se observa un aumento del perímetro abdominal (+ 4 cm), peso (+ 2 kg) y edemas bimaletales.

El 25 de abril se considera que el paciente padece de una **ASCITIS REFRACTARIA NO CONTROLADA**, abundante en ambos flancos debido a una mala tolerancia al tratamiento con diuréticos por lo que se decide realizar una **PARACENTESIS EVACUADORA** con reposición de albúmina intravenosa, en la que se extraen 7 litros de líquido ascítico. El paciente nota una gran mejoría, reduciéndose el peso (80 kg), el malestar y el perímetro abdominal.

A partir de esa paracentesis, se reevalúa el paciente diariamente y se observa una gran mejoría, con una **ASCITIS LEVE - MODERADA**, no presenta sintomatología abdominal, no edemas. Por este motivo el paciente estaría en posibilidad de irse de alta a su domicilio y seguir un control del mismo desde consultas externas y en caso de episodios de ascitis con gran acumulación de líquido, se podría valorar la realización de paracentesis evacuadoras periódicas.

Exploración general:

- Paciente consciente, orientado y colaborador.
- Abdomen blando, depresible y escaso dolor espontáneo, pero sí a la palpación, y con presencia de aumento del perímetro e hinchazón en el mismo.
- Peso habitual: 75 kg
- Peso actual: 75-85 kg (oscila en función de la acumulación de líquido)
- Talla: 165 cm

- Últimas constantes:
 - Presión arterial sistólica: 100 mmHg
 - Presión arterial diastólica: 68 mmHg
 - Frecuencia cardiaca: 88 lpm
 - Saturación de oxígeno: 96%
 - Temperatura: 36,2°C

Antecedentes personales:

- **HEPATOPATÍA CRÓNICA COMPENSADA EN ESTADIO CIRRÓTICO**
- Hipertensión arterial (HTA)
- Dislipemia
- Deterioro cognitivo
- Epilepsia
- Aneurisma aorta abdominal
- Adenocarcinoma de recto (episodio actual)

Alergias/intolerancias: NO alergias ni intolerancias conocidas.

Tratamiento farmacológico actual:

- Ácido acetilsalicílico 100mg (1 unidad c/24h)
- Losartán 25mg (1 unidad c/24h)
- Rosuvastatina 10mg (1 unidad c/24h)
- Ezetimiba 10mg (1 unidad c/24h)
- Eslicarbazepina 800mg (1 unidad c/12h)
- Ursodeoxicólico 500mg (1 unidad c/12h)
- Omeprazol 20mg (1 unidad c/24h)
- Paracetamol 650mg (1 unidad c/8h)

Durante el ingreso se han administrado diuréticos y albúmina para el manejo de la ascitis. También se ha administrado diferentes pautas antibióticas para intentar controlar la infección.

b. Valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson y desarrollo del plan de cuidados.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson es uno de los modelos más usados en la práctica enfermera para evaluar al paciente, y establecer los cuidados necesarios adaptados a sus necesidades. Su base se fundamenta en la satisfacción de esas necesidades en las que el paciente sea dependiente mediante la asistencia de enfermería a su propia persona y a su familia.

NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE

Valoración:

- El paciente muestra autonomía en la función respiratoria en el momento actual (saturación de oxígeno: 96 - 97%) sin necesidad de aporte de oxígeno, pero presenta dificultades, sobre todo, con el esfuerzo y la actividad.
- Se observan cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios, además de presencia de disnea y ortopnea.
- A la auscultación se aprecia algún crepitante en tercio inferior de ambos hemitórax.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 1. Necesidad de respirar normalmente. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00032] Patrón respiratorio ineficaz	[0802] Signos vitales [0403] Estado respiratorio: ventilación	[3140] Manejo de la vía aérea [3350] Monitorización respiratoria
ACTIVIDADES A REALIZAR		
- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.		

- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.

NECESIDAD 2: COMER Y BEBER

Valoración:

- El paciente no precisa ayuda para la ingesta de alimentos ni sólidos ni líquidos, mastica y traga sin dificultad.
- Es autónomo para todo lo relacionado con la alimentación, sigue una dieta adecuada y equilibrada.
- Presenta un peso corporal superior al 20% de su peso ideal según la talla y la constitución corporal. Esto se debe a la acumulación de líquidos a causa de la ascitis.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 2. Necesidad de comer y beber. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00026] Exceso de volumen de líquidos	[0601] Equilibrio hídrico [0603] Severidad de la sobrecarga de líquidos [0600] Equilibrio electrolítico y ácido base	[2009] Manejo de electrolitos: hiponatremia [4120] Manejo de líquidos
[00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico	[0606] Equilibrio electrolítico [0617] Severidad de la hiponatremia	[2080] Manejo de líquidos/electrolitos
ACTIVIDADES A REALIZAR		

- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Pesar diariamente al paciente y vigilar su evolución.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos.
- Recomendar la ingesta de alimentos/líquidos ricos en sodio, si resulta apropiado.

NECESIDAD 3: ELIMINACIÓN

Valoración:

- El paciente es continente tanto urinaria como fecalmente, no necesita ayuda para ir al baño.
- Es portador de una bolsa de colostomía desde la realización de la TaTME, que es normofuncionante.
- Realiza micciones y deposiciones diarias.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad no se encuentra alterada.

Actividades a realizar:

- Vigilar con continuidad el normofuncionamiento de la bolsa de colostomía.

NECESIDAD 4: MOVERSE

Valoración:

- Nuestro paciente presenta una limitación en la amplitud de los movimientos precisando de ayuda para caminar debido a su situación actual.
- Con la actividad física refiere malestar y se puede apreciar una disnea de esfuerzo.
- Astenia intensa.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 3. Necesidad de moverse. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00298] Disminución de la tolerancia a la actividad	[0005] Tolerancia de la actividad [0002] Conservación de la energía	[221] Terapia de ejercicios: ambulación [180] Manejo de la energía
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. - Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. 		

NECESIDAD 5: REPOSO/SUEÑO

Valoración:

- Nuestro paciente refiere no descanso nocturno, se muestra inquieto por la noche debido al desánimo. Presenta insomnio mantenido.
- Tiene tendencia al sueño durante el día.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 4. Necesidad de reposo/sueño. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00095] Insomnio	[0003] Descanso [2008] Estado de comodidad	[5330] Control del estado de ánimo [1850] Mejorar el sueño

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína).
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

NECESIDAD 6: VESTIRSE

Valoración:

- Nuestro paciente no necesita ayuda a la hora de vestirse muestra autonomía e independencia para ello.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad no se encuentra alterada.

Actividades a realizar:

- o Fomentar la autonomía del paciente a la hora de vestirse.

NECESIDAD 7: TEMPERATURA

Valoración:

- Nuestro paciente presenta oscilación en la temperatura corporal, teniendo frecuentes episodios de aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal durante todo su ingreso.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 5. Necesidad de temperatura. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00008] Termorregulación ineficaz	[0800] Termorregulación	[3900] Regulación de la temperatura
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. - Observar el color y la temperatura de la piel. - Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. 		

NECESIDAD 8: HIGIENE/PIEL

Valoración:

- Nuestro paciente presenta autonomía e independencia a la hora de realizarse el aseo diario. Piel y mucosas en buen estado.
- Realizadas cirugías mediante laparotomía con varias incisiones.
- Portador de varios drenajes.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se ve alterada, porque el paciente presenta un riesgo debido a las recientes intervenciones y sus respectivas complicaciones ya mencionadas.

Tabla 6. Necesidad de higiene/piel. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00248] Riesgo de deterioro de la integridad tisular	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas. [1102] Curación de la herida: por primera intención	[3440] Cuidados del sitio de incisión [3660] Cuidados de las heridas

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Observar las características de cualquier drenaje.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor

NECESIDAD 9: EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

Valoración:

- Nuestro paciente presenta un deterioro de la movilidad física debido a su actual estado de salud, por lo que debemos de tener precaución y aplicar barreras físicas.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 7. Necesidad de evitar peligros/seguridad. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00303] Riesgo de caídas del adulto	[1909] Conducta de prevención de caídas	[6490] Prevención de caídas
[00132] Dolor agudo	[1605] Control del dolor	[1410] Manejo del dolor: agudo

ACTIVIDADES A REALIZAR

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

NECESIDAD 10: COMUNICACIÓN

Valoración:

- Nuestro paciente no presenta ninguna dificultad a la hora de comunicarse.
- Es capaz de comunicar emociones, necesidades y opiniones.
- Se muestra consciente y orientado, pero también nervioso e inquieto.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 8. Necesidad de comunicación. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00069] Afrontamiento ineficaz	[1302] Afrontamiento de problemas [0906] Toma de decisiones	[5270] Apoyo emocional [5230] Mejorar el afrontamiento
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. 		

NECESIDAD 11: CREENCIAS/VALORES

Valoración:

- Nuestro paciente no ha mostrado modificaciones en el comportamiento de sus actos espirituales desde que ingresó.
- Es capaz de afrontar sus problemas y actuar de acuerdo con las propias creencias, siendo participativo en sus propios cuidados.
- Expresa apatía y disminución de la esperanza debido a la prolongación del ingreso.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 9. Necesidad de creencias/valores. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00124] Desesperanza	[1201] Esperanza [1204] Equilibrio emocional	[5310] Dar esperanza [5230] Mejorar el afrontamiento [5330] Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<ul style="list-style-type: none">- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.- Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.		

NECESIDAD 12: TRABAJAR/REALIZARSE

Valoración:

- El paciente muestra poca aceptación en cuanto a su imagen corporal debido a todos los cambios que ha sufrido corporalmente desde que ingreso: aumento de peso, aumento del perímetro abdominal, edemas, colostomía...

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad se encuentra alterada.

Tabla 10. Necesidad de trabajar/realizarse. NANDA, NOC, NIC (10)

NANDA	NOC	NIC
[00118] Trastorno de la imagen corporal	[1300] Aceptación: estado de salud [1205] Autoestima	[4920] Escucha activa [5400] Potenciación de la autoestima [5220] Mejora de la imagen corporal
ACTIVIDADES A REALIZAR		
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. - Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. - Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. - Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. 		

NECESIDAD 13: RECREARSE

Valoración:

- Nuestro paciente actualmente se encuentra jubilado.
- Comenta realizar actividades de entretenimiento, le gusta pasear y leer periódicos y revistas.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad no se encuentra alterada.

Actividades a realizar:

- Promover que el paciente mantenga aficciones y actividades de entretenimiento.

NECESIDAD 14: APRENDER

Valoración:

- Muestra conocer su enfermedad y su situación actual.
- Muestra implicación e interés en sus propios cuidados.

Diagnóstico y planificación: en base a la valoración, esta necesidad no se encuentra alterada.

Actividades a realizar:

- Promover el mantenimiento de la implicación del paciente en sus propios cuidados.

En total 10 necesidades han resultado afectadas, obteniéndose 12 diagnósticos de enfermería. Para los resultados (NOC) se han desarrollado los objetivos para cada diagnóstico y para las intervenciones (NIC) se han especificado las principales intervenciones con sus correspondientes actividades para conseguir los objetivos.

7. DISCUSIÓN

La ascitis es un problema de salud prevalente en la población adulta, con grandes consecuencias funcionales para aquellas personas que lo sufren. Este trabajo intenta poner en conocimiento la gravedad de las consecuencias y propone una actuación a partir de un plan de cuidados que valore al paciente de forma integral.

El cuidado de un paciente con ascitis debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinar que evalúe al paciente de manera continuada, en el cual, los profesionales de enfermería poseen un papel fundamental. Estos se encargan de identificar qué tipo de ayuda requiere el paciente en función de las necesidades básicas alteradas y, a través de las intervenciones de enfermería planificadas en el plan de cuidados, contribuirá a su adaptación ante la nueva situación de salud para mejorar su calidad de vida.

Limitaciones de este trabajo: al realizar la búsqueda bibliográfica para elaborar el trabajo se encuentran dificultades de acceso a determinados artículos y la presencia de reducidos estudios sobre los cuidados de la ascitis. Por ello considero que es necesario la realización de más estudios sobre la actuación específica de enfermería en este tipo de pacientes. Por otro lado, al ser un plan de cuidados individualizado, es decir, centrado en un paciente en concreto, pueden aparecer complicaciones a la hora de aplicarlo en otros pacientes con la misma patología.

Fortalezas de este trabajo: permite resaltar la importancia de la función enfermera durante el proceso de enfermedad. Además, posibilita la concienciación a la población de que existe esta afección y lo que supone para la persona que lo sufre.

Futuras líneas de investigación: se podría validar el plan de cuidados diseñado en el presente trabajo para poder aplicarlo a otros pacientes afectados por la misma enfermedad, permitiendo la flexibilidad y la adaptación a las características de cada paciente.

8. CONCLUSIONES

- Se ha diseñado un plan de cuidados individualizado basado en los diagnósticos, los resultados, las intervenciones y las actividades de enfermería que permiten unificar criterios de actuación y abordar de manera integral a los pacientes con ascitis.
- Se han desarrollado los diagnósticos (NANDA), los resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) por cada una de las necesidades que se encuentran alteradas en nuestro paciente.
- El objetivo de los profesionales de enfermería es proporcionar cuidados, centrándose en una atención integral y de calidad. Se encargan de valorar de manera continuada las necesidades alteradas, prevenir las posibles complicaciones y proporcionar al paciente y a la familia tranquilidad, seguridad y la educación sanitaria necesaria acerca de su enfermedad.
- La valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson nos ha permitido unificar criterios de actuación del personal de enfermería que se pueden ver reflejados en el plan de cuidados diseñado.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Rudler, M., Mallet, M., Sultanik, P., Bouzbib, C., & Thabut, D. (2020). Optimal management of ascites. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 40 Suppl 1, 128–135. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32077614/>
2. Chiejina, M., Kudaravalli, P., Samant, H., & Kchir, H. (2023). Ascites (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33760508/>
3. E. Fábrega, P. Huelin, J.I. Fortea, J. Crespo. Ascitis. (2020) *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. Volume 13,

- Issue 6. Pages 327-337. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0304541220300743?via%3Dihub>
4. Vidal-González D, Moreno-Madrigal LG, Pérez-López KP, et al. (2022) Ascitis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Med Int Mex.*;38(6):1223-1232. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim226j.pdf>
 5. Garbuzenko, D. V., & Arefyev, N. O. (2019). Current approaches to the management of patients with cirrhotic ascites. *World journal of gastroenterology*, 25(28), 3738–3752. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31391769/>
 6. Aponte, E. M., Katta, S., Kurapati, R., & O'Rourke, M. C. (2023). Paracentesis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613769/>
 7. Çelik, F., & Bektaş, H. (2021). Preventive and Treatment Interventions for Abdominal Ascites of Patients with Liver Cirrhosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Florence Nightingale journal of nursing*, 29(2), 250–262. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34263244/>
 8. García-Pagán, J. C., Saffo, S., Mandorfer, M., & Garcia-Tsao, G. (2020). Where does TIPS fit in the management of patients with cirrhosis? *JHEP reports: innovation in hepatology*, 2(4), 100122. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32671331/>
 9. Weil-Verhoeven, D., Di Martino, V., Stirnimann, G., Cervoni, J. P., Nguyen-Khac, E., & Thévenot, T. (2022). Alfapump® implantable device in management of refractory ascites: An update. *World journal of hepatology*, 14(7), 1344–1356. [citado el 16 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36158913/>
 10. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

ANEXO 2. Consentimiento informado entregado al paciente.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcu@saludcastillayleon.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS</p> <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>Sacy</p> <p>V.SEP-2021</p>
--	--	---

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

SERVICIO:

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

TELÉFONO DE CONTACTO:

EMAIL:

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO:

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (Número de versión, fecha):

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

La finalidad de este trabajo es la realización de un plan de cuidados de enfermería para pacientes con ascitis. Con el desarrollo de este plan, se podrán prestar unos mejores cuidados en el futuro a pacientes con esta misma patología.

Los datos recogidos de su historia clínica se utilizarán para desarrollar el plan de cuidados y serán expuestos en el trabajo realizado de manera completamente anónima.

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a diagnosticar y/o tratar de manera más precisa a los enfermos con una enfermedad como la suya.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

Se entrega copia de este documento al paciente

1



D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.

E) La información obtenida se recogerá por el responsable del tratamiento en un registro de actividad, según la legislación vigente.

F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, **Dr./Dra. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (indicar nombre)**. Para ejercer sus derechos puede ponerse en contacto con el delegado de protección de datos del Sacyl dpd@saludcastillayleon.es o dirigirse a la Agencia de Protección de Datos.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos) Área de Salud Valladolid Éste.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p> <p>Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11 gerente.hcu@saludcastillayleon.es</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS</p> <p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID</p>	 <p>V.SEP-2021</p>
--	--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Yo, _____

(Nombre y apellidos de paciente o representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____

(Nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. SI NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares SI NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)		

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
------------------------	--------------------	-------

Se entrega copia de este documento al paciente