

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblastica aguda de células B del Servicio de Medicina de un instituto especializado de Lima, 2018

Por:

Ruth Noemi Bendezu Huamani

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, agosto de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblástica aguda de células B del Servicio de Medicina de un instituto especializado de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada BENDEZU HUAMANI RUTH NOEMI, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Oncología ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintitrés días del mes de agosto de 2019.



Mg. Delia Luz León Castro

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con leucemia linfoblástica aguda de
células B del Servicio de Medicina de un instituto especializado de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en

Oncología

JURADO CALIFICADOR



Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 23 de agosto de 2019

Índice

Índice	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados	ix
Resumen.....	x
Capítulo I	11
Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:	11
Datos de valoración complementarios:.....	14
Interconsultas.	15
Tratamiento médico.	15
Capítulo II.....	17
Diagnóstico, planificación y ejecución.....	17
Diagnóstico enfermero.....	17
Primer diagnóstico.	17
Segundo diagnóstico.	17
Tercer diagnóstico.....	17
Cuarto diagnóstico.	18
Quinto diagnóstico.....	18
Sexto diagnóstico.....	19
Séptimo diagnóstico.....	19

Octavo diagnóstico.....	19
Noveno diagnóstico.	20
Décimo diagnóstico.	20
Décimo primero diagnóstico.....	20
Décimo segundo diagnóstico.	21
Décimo tercero diagnóstico.	21
Décimo cuarto diagnóstico.	21
Décimo quinto diagnóstico.	21
Décimo sexto diagnóstico.....	22
Planificación	22
Priorización.	22
Plan de cuidados.	25
Capítulo III.....	30
Marco teórico.....	30
Deterioro del intercambio de gases.....	30
Disminución del gasto cardiaco.....	32
Exceso de volumen de líquidos	35
Ansiedad	39
Dolor agudo	41
Capítulo IV	45
Evaluación y conclusiones.....	45
Evaluación por días de atención:	45
Primer diagnóstico.	45

Segundo diagnóstico.	45
Tercer diagnóstico.....	45
Cuarto diagnóstico.	46
Quinto diagnóstico.....	46
Conclusiones:.....	46
Bibliografía	48
Apéndices.....	51

Índice de tablas

Tabla 1 Hemograma completo.....	14
Tabla 2 Bioquímica sanguínea.....	15
Tabla 3 Análisis de gases arteriales	15
Tabla 4 Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, inquietud y patrón respiratorio anormal.....	25
Tabla 5	26
Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado con Alteración de la frecuencia cardiaca evidenciado por Taquicardia 94X, Alteración de la presión arterial 130/80 y Edemas.....	26
Tabla 6 Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por alteración en la presión arterial, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, edema, desequilibrio electrolítico.....	27
Tabla 7 Ansiedad relacionado con grandes cambios: estado de salud evidenciado por temor, preocupación y voz temblorosa.	28
Tabla 8 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos: cáncer evidenciado por conducta expresiva: llanto, irritabilidad y facies de dolor EVA 6.....	29

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	51
Apéndice B: Consentimiento informado.....	53
Apéndice C: Escalas de evaluación.....	54

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

UCI: Unidad de cuidados

LOTEP: lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

ECOG: Escala Eastern Cooperative Oncology Group.

VM: volumen minuto

CLL: leucemia linfocítica crónica

CML: leucemia mieloide crónica

IMC: índice de masa corporal

FR: frecuencia respiratoria.

Resumen

El presente proceso de atención de enfermería corresponde a la señora de iniciales R.G.S. Fue aplicado durante 2 días a la paciente a partir del segundo día de su ingreso con diagnóstico médico. Al ingreso fue leucemia linfoblástica aguda de células B, insuficiencia renal aguda no oligúrica, hiponatremia hipocalcemia y hipomagnesemia en corrección e hipoalbuminemia severa. Durante la valoración, se identificaron 16 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: deterioro del intercambio de gases, disminución del gasto cardíaco, exceso de volumen de líquidos, ansiedad y dolor agudo. Los objetivos fueron: la paciente mejorará el intercambio de gases durante su hospitalización, mejorará el gasto cardíaco durante el turno, disminuirá exceso de volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria, disminuirá ansiedad durante el turno después de las intervenciones de enfermería, disminuirá el dolor agudo durante el turno mostrando un EVA de 0. De los objetivos planteados se alcanzó el primero y quinto; el cuarto fue alcanzado parcialmente, sin embargo, el segundo y tercero no fueron alcanzados por ser diagnósticos de largo tratamiento. Se concluye que el PAE fue aplicado correctamente logrando contribuir a la recuperación de la paciente durante su tratamiento de la patología.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, leucemia linfoblástica neoplasia.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: R. G. S.

Edad: 38 años

Sexo: femenino

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente ingresa por presentar sangrado, dolor en los miembros inferiores, fiebre y edemas. Diagnóstico médico: Leucemia Linfoblástica aguda de células B, Insuficiencia renal aguda no oligúrica, Hiponatremia hipocalcemia y Hipomagnesemia en corrección, Hipoalbuminemia severa

Días de hospitalización: 30

Días de atención de enfermería: 2

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente adulta mujer en regular estado general preguntando; en buen estado de higiene; no tengo antecedentes familiares con patología de cáncer; paciente niega haber tenido algún tipo de cirugía; paciente desconoce tener algún tipo de alergia a medicamentos.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente con palidez marcada, no presenta lesión en la piel, tampoco en la cavidad bucal, su apetito ha estado disminuyendo en estos últimos días, con abdomen blando, depresible, no doloroso, con ruidos hidroaéreos disminuidos. Peso: 61.6kg, Talla: 1.56cm, IMC: 25.31 sobrepeso.

Patrón III: Eliminación.

Evaluación intestinal

La paciente refiere presentar una deposición al día de características normales.

Evaluación vesical

La paciente, con insuficiencia renal aguda, tiene diuresis de 200 cc en 24 horas por sonda foley a gravedad conectado a una bolsa colectora.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria:

Paciente con FR de 34 por minuto, con apoyo ventilatorio de oxígeno por cánula binasal a 4 litros saturando 94% a 98%. Hay buen pasaje en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no presenta tos y alcalosis respiratoria descompensada: Ph: 7.97, PO₂: 55.6 mm Hg, PCO₂: 36.4 mm Hg

Actividad circulatoria:

Paciente con catéter venoso central de 3 lúmenes por el cual están pasando su dextrosa al 5% +1 CLNA al 20 % + 4 bicarbonato de sodio; 20 ampollas de furosemida en CLNA de 100 ml en infusión a 5 cc por hora y otro su tratamiento con CLNA al 0.9%, con edemas generalizados de ++/+++ en miembros superiores y de +++/+++ en miembros inferiores, PA de 130/80 mm Hg y FC de 94 x minuto.

Ejercicio: capacidad de autocuidado:

La paciente, parcialmente independiente, refiere “tengo molestias cuando me muevo” no tiene equilibrio al caminar, no puede movilizarse sola, requiere apoyo para su alimentación.

Patrón V: Descanso – sueño.

La paciente refiere que desde que se puso mal no puede conciliar el sueño en su totalidad, sino que duerme por horas y despierta inmediatamente cuando la enfermera prende la luz,

ingresa a la habitación o hay algún ruido y que no toma ningún medicamento para conciliar sueño. Logrando conciliar al máximo 4 horas de sueño en las noches.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

La paciente se encuentra despierta, en regular estado general, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona con un ECOG 2 y sin ninguna alteración en el lenguaje, audición y visión.

También se muestra irritable, llorosa quejumbrosa al movimiento quien refiere “tengo dolor cuando me muevo”, con un EVA de 6/10.

Patrón VII: Autopercepción – Auto concepto.

La paciente manifiesta que “antes de estar enferma yo era bien delgada”, “estoy gorda, toda hinchada”, “como haré cuando se me caen los cabellos”, “que me pasaran con las quimioterapias”, “cuanto tiempo estaré con estos equipos”, “cuanto tiempo estaré con la sonda foley”.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Paciente mujer de 38 años de edad, de estado civil soltera, que trabaja como auxiliar en el colegio y vive con sus padres a quienes apoya económicamente y también recibe apoyo de ellos. Refiere “mi padre es el único familiar que me cuida en Lima”, ya que ellos son del departamento de Tumbes y no tienen ningún familiar en esta ciudad, también refiere “me siento más segura y tranquila cuando mi padre está a mi lado”, “no quiero que se vaya de la habitación” y “no me gusta estar sola”.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Paciente refiere no tener hijos ni pareja, pero que estuvo presentado sangrado vaginal al inicio de la enfermedad.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

La paciente preocupada por su condición de salud, ansiosa, temerosa y llorosa, preocupada por los edemas que tiene en los pies y manos, también manifiesta que “estoy asustada porque me pusieron sonda Foley” y pregunta “señorita ¿esta sonda me hará algún daño?”, “también me tomaron una placa de tórax ¿usted sabe cuándo saldrán los resultados de todos los exámenes que le han hecho? ¿No le entendí bien la explicación que me han dado el medico?, ¿En cuánto tiempo me darán de alta? ¿Qué me pasara con las quimioterapias? ¿Voy a tener vómitos y náuseas? ¿Qué pasara con mi cabello? ¿Sabe por cuánto tiempo me pondrán la quimioterapia? ¿En cuánto tiempo me voy a curar? ¿Pregunta por cada medicamento administrado?, pregunta por cada procedimiento a realizarle; ¿Que me pasara? ¿Dónde me harán?” constantemente hace preguntas frente alguna intervención del personal de salud.

Patrón X: Valores y creencias.

La paciente refiere ser evangélica y no tener ninguna restricción de su religión.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Hemograma completo

Compuestos	Resultado
Leucocitos	194.18
Segmentados	4%
Blastos	93%
Linfocitos	3%
Globulos rojos	3,430.000/mm ³
Hemoglobina	7.9 gr/dl
Hematocrito	25.5%
Recuento de plaquetas	54,000/mm ³
Inr	1.11
Fibrinógeno	2.43

Fuente: resultados de laboratorio

Interpretación: leucocitosis; Anemia Leve y Plaquetopenia

Tabla 2
Bioquímica sanguínea

Compuesto	Resultado
Glucosa	7.5
Creatinina	434
Proteínas totales	44
Albumina	19.2
Sodio	126.3
Potasio	4.99
Cloro	90.8
Fosforo	2.13
Magnesio	1.04

Fuente: resultado de laboratorio

Interpretación: creatinina elevada, hipoalbuminemia.

Tabla 3
Análisis de gases arteriales

Compuesto	Gases Arteriales
PH	7.972
PCO2	36.4
PO2	55.6
SO2	90.4%
HCO3	26.0 mmol/L

Fuente: resultado de laboratorio

Interpretación: alcalosis respiratoria descompensada

Interconsultas.

Unidad de cuidados intensivos.

Nefrología.

Tratamiento médico.

Primer día (03/09/2018)

DB sin líquidos libres

1(mg)+ClNa 0.9% 50cc en inf. de 1 hora c/12 horas EV

Omeprazol 40mg cada 24 horas EV

Piperacilina/ tazobactam 2.25 g cada 8 hpras EV

Gluconato de calcio 10% 1 amp cada 8 horas EV

Alopurinol 100mg vo cad 12 horas VO

Tramadol 50mg + gravol 50 mg cada 8 horas y PRN dolor EV

Prednisona 50 mg cada 12 horas VO

Albumina 20 % 50 cc inf x 4 horas cada 12 horas EV

CLNA 0.9% 100cc + 20amp de furosemida 5cc x hora EV

Vancomicina 1 gramo cada 72 horas EV

Transfundir 01 PG

Segundo día (04/09/2018)

DB sin líquidos libres

1(mg)+ClNa 0.9% 50cc en inf. de 1 hora c/12 horas EV

Omeprazol 40mg cada 24 horas EV

Piperacilina/ tazobactam 2.25 g cada 8 hpras EV

Gluconato de calcio 10% 1 amp cada 8 horas EV

Alopurinol 100mg vo cad 12 horas VO

Tramadol 50mg + gravol 50 mg cada 8 horas y PRN dolor EV

Prednisona 50 mg cada 12 horas VO

Albumina 20 % 50 cc inf x 4 horas cada 12 horas EV

CLNA 0.9% 100cc + 20amp de furosemida 5cc x hora EV

Vancomicina 1 gramo cada 72 horas EV

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: alteración en la presión arterial, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, edema y desequilibrio electrolítico.

Etiqueta diagnóstica: exceso de volumen de líquidos.

Factor relacionado: mecanismos de regulación comprometidos.

Enunciado diagnóstico:

Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por alteración en la presión arterial, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, edema, desequilibrio electrolítico.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de desequilibrio electrolítico.

Factor de riesgo: disfunción renal y volumen de líquidos excesivos.

Mecanismos de regulación comprometidas

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal y líquidos excesivos.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: alteración en la coagulación; insomnio y debilidad.

Etiqueta diagnóstica: protección ineficaz.

Factor relacionado: cáncer y perfil hematológico anormal.

Enunciado diagnóstico:

Protección ineficaz relacionada con cáncer – perfil hematológico anormal evidenciado por alteración en la coagulación, insomnio y debilidad.

Cuarto diagnóstico.

Características definitorias Gasometría arterial anormal, alcalosis respiratoria, inquietud, patrón de respiratorio anormales.

Etiqueta diagnóstica: deterioro del intercambio de gases.

Factor relacionado: desequilibrio en la ventilación – perfusión.

Enunciado diagnóstico:

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal; alcalosis respiratoria, inquietud y patrón respiratorio anormal.

Quinto diagnóstico.

Características definitorias: cambios en el patrón de sueño; dificultad para mantener el sueño y estado de salud comprometidas.

Etiqueta diagnóstica: insomnio.

Factor relacionado: ansiedad y Factores ambientales.

Enunciado diagnóstico:

Insomnio relacionado con factores ambientales ruido ambiental, exposición a la luz y malestar físico evidenciado por dificultad para mantener el sueño, estado de salud comprometidas y cambios en el patrón de sueño.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo y Deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro.

Etiqueta diagnóstica: déficit del autocuidado: higiene, uso del inodoro.

Factor relacionado: ansiedad; dolor y deterioro de la habilidad para la movilidad.

Enunciado diagnóstico:

Déficit del autocuidado: higiene, uso del inodoro relacionado con disconfort y debilidad evidenciada por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo y deterioro de la habilidad para llegar al inodoro.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: expresa deseos de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado.

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar el autocuidado.

Enunciado diagnóstico:

Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con expresa deseos de mejorar el autocuidado.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: conducta inapropiada: agitada y conocimiento insuficiente.

Etiqueta diagnóstica: conocimientos deficientes.

Factor relacionado: información insuficiente y conocimiento insuficiente de los recursos.

Enunciado diagnóstico:

Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente, conocimiento insuficiente de los recursos evidenciado por conducta inapropiada: agitada y conocimientos insuficientes.

Noveno diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de baja autoestima situacional.

Factor de riesgo: enfermedad física y alteración de la imagen corporal.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad física actual.

Décimo diagnóstico.

Características definatorias: cambios en el patrón de sueño; fatiga; incapacidad para manejar la situación e incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

Etiqueta diagnóstica: afrontamiento ineficaz.

Factor relacionado: incertidumbre.

Enunciado diagnóstico:

Afrontamiento ineficaz relacionado con incertidumbre evidenciado por cambios en el patrón del sueño e incapacidad para manejar la situación.

Décimo primero diagnóstico.

Características definatorias: temor, preocupación y voz temblorosa.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: grandes cambios (estado de salud).

Enunciado diagnóstico:

Ansiedad relacionada con grandes cambios: estado de salud evidenciado por temor, preocupación y voz temblorosa.

Décimo segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de caídas.

Factor de riesgo: afección que afecta a los pies; disminución de la fuerza en las extremidades y deterioro de la movilidad.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de caídas relacionado con afección que afecta los pies: edemas y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

Décimo tercero diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de sangrado.

Factor de riesgo: coagulopatía esencial y conocimientos insuficientes de las precauciones contra el sangrado.

Enunciado diagnóstico:

Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial: plaquetopenia.

Décimo cuarto diagnóstico.

Características definitorias: temor, llanto, ansiedad y cambios en el patrón del sueño.

Etiqueta diagnóstica: disconfort.

Factor relacionado: síntomas relacionados con la enfermedad.

Enunciado diagnóstico:

Disconfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad evidenciada por temor, llanto, ansiedad y cambios en el patrón del sueño.

Décimo quinto diagnóstico.

Características definitorias: conducta expresiva, llanto, irritabilidad, facies de dolor y paciente expresa dolor de 6 según la escala de dolor EVA de 0/10.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agentes lesivos biológicos, cáncer.

Enunciado diagnóstico:

Dolor agudo relacionado por agentes lesivos biológicos: cáncer evidenciado porque la paciente expresa dolor de 6, según la escala de dolor EVA y conducta expresiva: llanto, irritabilidad y facies de dolor.

Décimo sexto diagnóstico.

Características definitorias: taquicardia; alteración de la presión arterial y edema.

Etiqueta diagnóstica: disminución del gasto cardiaco.

Factor relacionado: alteración de la frecuencia cardiaca.

Enunciado diagnóstico:

Disminución del gasto cardiaco relacionado por alteración de la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia 94 X, Alteración de la presión arterial 130/90 y edemas.

Planificación

Priorización.

1. Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, inquietud y patrón respiratorio anormal.
2. Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca evidenciado por taquicardia 94 X, alteración de la presión arterial 130/80 y edemas.

3. Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por alteración en la presión arterial 130/80, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, edema, desequilibrio electrolítico.
4. Ansiedad relacionada con grandes cambios (estado de salud) evidenciado por temor, preocupación y voz temblorosa.
5. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos: cáncer evidenciado por conducta expresiva: llanto, irritabilidad y facies de dolor EVA 6.
6. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disfunción renal y volumen de líquidos excesivo.
7. Protección ineficaz relacionado con cáncer y perfil hematológico anormal evidenciado por Alteración en la coagulación, insomnio y debilidad.
8. Insomnio relacionado con factores ambientales (ruido ambiental, exposición a la luz) y malestar físico evidenciado por dificultad para mantener el sueño, estado de salud comprometidas y cambios en el patrón de sueño.
9. Déficit del autocuidado: higiene, uso del inodoro relacionado con disconfort y debilidad evidenciada por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo y deterioro de la habilidad para llegar al inodoro.
10. Disposición para mejorar el autocuidado relacionado con expresa deseos de mejorar el autocuidado
11. Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente, conocimiento insuficiente de los recursos evidenciado por conducta inapropiada: agitada y conocimientos insuficientes.
12. Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con enfermedad física actual.

13. Afrontamiento ineficaz relacionado con incertidumbre evidenciado por cambios en el patrón del sueño e incapacidad para manejar la situación.
14. Riesgo de caídas relacionado con afección que afecta los pies (edemas) y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
15. Riesgo de sangrado relacionado con coagulopatía esencial: plaquetopenia.
16. Disconfort relacionado con síntomas relacionados con la enfermedad evidenciada por temor, llanto, ansiedad y cambios en el patrón del sueño.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión evidenciado por gasometría arterial anormal, inquietud y patrón respiratorio anormal

Objetivo / resultados	PLANIFICACIÓN Intervenciones	EJECUCIÓN					
		03/09/18			04/09/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente mejorará el intercambio de gases durante su hospitalización. Resultados:	1. Evaluar la frecuencia, profundidad y facilidad respiratoria durante el turno.	→	→				→
1. La paciente presentará una gasometría normal pH: 7.35 – 7.45, PO ₂ ≥ 80 mm Hg, PCO ₂ : 35-45 mm Hg.	2. Observar el color de la piel, las membranas mucosas y los hechos unguiales, registrando la presencia de cianosis periférica (lechos ungueales) o cianosis central (peribucal) durante el turno.	→	→				→
2. La paciente mostrará tranquilidad.	3. Elevar la cabecera de la cama, ayudar al paciente a adoptar una posición que facilite el trabajo respiratorio durante el turno.	→	→				→
3. La paciente presentará frecuencia respiratoria dentro de los valores normales de 12 a 18 X.	4. Administrar oxigenoterapia por cánula binasal a 4 litros por minuto durante el turno.	→	→				→
	5. Realizar ejercicios respiratorios con triflow 10 veces al día.	→	→				→
	6. Evaluar el grado de ansiedad, animar a la verbalización de las preocupaciones y sentimientos durante su hospitalización.	→	→				→
	7. Evaluar el AGA, según sea necesario.	→	→				→

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Disminución del gasto cardiaco relacionado con Alteración de la frecuencia cardiaca evidenciado por Taquicardia 94X, Alteración de la presión arterial 130/80 y Edemas

Objetivo / resultados	PLANIFICACIÓN Intervenciones	EJECUCIÓN					
		03/09/18		04/09/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente mejorará el gasto cardiaco durante el turno.	1. Auscultar el pulso apical; valorar frecuencia y ritmo cardiaco cada 8 horas.	→	→				→
Resultados:	2. Inspeccionar la piel en busca de palidez, cianosis durante el turno.	→	→				→
1. La paciente presentará la frecuencia cardiaca dentro de los valores normales de 60 a 80 X.	3. Monitorizar la diuresis, observar si disminuye la cantidad de o si la orina tiene un aspecto oscuro / concentrado durante el turno.	→	→				→
2. La paciente presentará la presión arterial dentro de los valores normales 90/60 a 120/80.	4. Observar cambios sensoriales; p. ej., letargo, confusión, desorientación, ansiedad y depresión durante el turno.	→	→				→
3. La paciente disminuirá edemas durante su hospitalización.	5. Proporcionar un ambiente tranquilo; explicar el tratamiento de enfermería; ayudar al paciente a evitar situaciones estresantes; escuchar y responder a las expresiones, sentimientos de temor durante los procedimientos y/o actividades.	→	→				→
	6. Fomentar reposo, semi sentado en cama. Ayudar con los cuidados físicos según necesidad durante el turno.						
	7. Administrar oxígeno a 4 litros por CBN durante el turno.	→	→				→
	8. Administrar furosemida 20amp en 100 ml a 5cc/h durante las 24 horas.	→	→				→
			4			4	

Tabla 6

Exceso de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por alteración en la presión arterial, aumento de peso en un corto periodo de tiempo, edema, desequilibrio electrolítico.

Objetivo / resultados	PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN					
	Intervenciones		03/09/18			04/09/18		
			M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá exceso de volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria. Resultados:	1. Valorar estado de hidratación: retención de líquidos, edemas durante el turno.	→	→					→
	2. Controlar funciones vitales: PA, FC, FR, T° en cada turno.	→	→					→
	3. Restringir los líquidos como se indique durante el turno.	→	→					→
1. La paciente presentará presión arterial dentro de valores normales o menos de 120/80.	4. Auscultar los sonidos pulmonares y cardiacos en cada turno.	→	→					→
	5. Controlar la densidad de la diuresis por la sonda Foley durante el turno.	→	→					→
2. La paciente presentará disminución de los edemas.	6. Administrar furosemida en infusión de 24 horas según prescripción.		4			4		→
	7. Administrar albumina cada 12 horas.		5			5	5	
3. La paciente recuperará su peso ideal.	8. Pesarse al paciente diariamente, con el mismo equipo al mismo tiempo cada mañana.	→	→					→
4. La paciente recuperará el equilibrio electrolítico.	9. Vigilar ingresos y egresos: llevar registro estricto durante el turno.	→	→					→
	10. Vigilar y evaluar los edemas durante el turno.	→	→					→

Tabla 7

Ansiedad relacionado con grandes cambios: estado de salud evidenciado por temor, preocupación y voz temblorosa.

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN Intervenciones	EJECUCIÓN					
		03/09/18		04/09/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá ansiedad durante el turno después de las intervenciones de enfermería.	1. Evaluar las experiencias del paciente y allegados con el cáncer, determinando la información brindada por el médico en cada turno.	→	→				→
	2. Animar al paciente a expresar sus pensamientos y emociones durante el turno.	→	→				→
Resultados:	3. Explicar el tratamiento recomendado, su objetivo y los posibles efectos secundarios.	→	→				→
1. La paciente mostrará facies de tranquilidad durante los procedimientos y hospitalización.	Ayudar al paciente a prepararse para los tratamientos durante los procedimientos.						
	4. Explicar los procedimientos, ayudar a resolver las dudas del paciente con honestidad durante algún procedimiento.	→	→				→
2. La paciente referirá no tener más preocupaciones	5. Fomentar un entorno tranquilo y silencioso durante el turno.	→	→				→
	6. Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación durante el turno.	→	→				→
3. La paciente tendrá una voz fluida y firme.	7. Incluir a la familia según los deseos del paciente cuando se han de tomar decisiones importantes.	→	→				→
	8. Animar al paciente y fomentar distracciones durante el turno.	→	→				→
	9. Favorecer a la interconsulta con psicología durante su hospitalización.	→	→				→

Tabla 8

Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos: cáncer evidenciado por conducta expresiva: llanto, irritabilidad y facies de dolor EVA 6.

Objetivo / resultados	PLANIFICACIÓN Intervenciones	EJECUCIÓN					
		03/09/18		04/09/18			
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: La paciente disminuirá el dolor agudo durante el turno mostrando un EVA de 0.	1. Valorar las manifestaciones verbales y no verbales de la paciente frente al dolor, usando la escala numérica del dolor (EVA) durante el turno.	→	→				→
Resultados:	2. Considerar los factores desencadenantes del dolor durante el turno.	→	→				→
1. La paciente presentará facies de alivio.	3. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (masajes, cambios de posición, música y televisión) durante el turno.	→	→				→
2. La paciente se mostrará tranquila sin llanto ni irritabilidad.	4. Administrar tramadol 50 mg y gravol 50 mg c/8 horas.	10	6				2
3. La paciente referirá disminución de dolor codificándolo en intervalo de 0 según escala de EVA.	5. Evaluar el alivio y control del dolor a intervalos regulares. Ajustar el régimen terapéutico según sea la necesidad durante el turno.	→	→				→
	6. Informar al paciente y familiares sobre los efectos terapéuticos esperados y explicar el tratamiento y los efectos secundarios durante cada procedimiento.	→	→				→

Capítulo III

Marco teórico

Deterioro del intercambio de gases

Guti (2010) dice que la función respiratoria básica es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido carbono; lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio. Una falla en este proceso fundamental para la vida, en diferentes grados de intensidad, causa muy frecuente de solicitud de atenciones de salud, tanto prehospitalaria como hospitalaria.

Según el Manual CTO (2017), el aparato respiratorio realiza de forma adecuada su función (el intercambio de gases en el alveolo), es necesaria la integridad de los tres mecanismos que intervienen en dicho proceso; es decir, la ventilación adecuada de los espacios aéreos, la difusión de los gases a través de la membrana alveolo capilar y la adecuada perfusión de las unidades alveolares de intercambio. Para evaluar su idoneidad, se utilizan la gasometría arterial, la pulsioximetría y la capacidad de difusión.

También, Fernández (2009) menciona que el intercambio de gases se produce gracias al acoplamiento entre la ventilación y la perfusión. El intercambio gaseoso ocurre en la región alveolar, que en el pulmón adulto contiene más de 100 millones de capilares. La unidad alveolo-capilar consiste en el endotelio capilar con su membrana basal, el espacio intersticial y el epitelio alveolar con su membrana basal. De esta forma, la barrera alveolo-capilar que separa el espacio aéreo de la sangre capilar es de sólo 0,5 micras de grosor, lo que permite un eficiente intercambio gaseoso, siempre que la ventilación sea adecuada. Cuando una persona sufre de

edemas generalmente sucede un cuadro de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad. De esta forma, la alteración inicial consistirá en la ocupación alveolar por edema rico en proteínas, lo que reducirá la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso. Ante esta alteración y la hipoxemia acompañante, el sistema respiratorio responde con un aumento de la ventilación minuto. Por ello, la gasometría mostrará hipoxemia, con hipocapnia y alcalosis en esta fase inicial.

Asimismo, NANDA (2015) menciona que es el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolar – capilar.

En este paciente, el factor relacionado es el desequilibrio en la ventilación – perfusión.

Los cuidados de enfermería que se brindaron a esta paciente fueron los siguientes:

Evaluar la frecuencia, profundidad y facilidad respiratoria siendo importante para ver las manifestaciones de insuficiencia respiratoria dependen de / son indicativas del grado de afección pulmonar y del estado de salud general subyacente (Doenges, 2008). Observar el color de la piel, las membranas mucosas y los hechos ungueales, registrando la presencia de cianosis periférica (lechos ungueales) o cianosis central (peribucal) siendo importante conocer que la cianosis que resulta del incremento de hemoglobina reducida o desoxihemoglobina, y su presencia se traduce como hipoxia de los tejidos. Existen factores de tipo anatómico, fisiológico y físico que generan el aumento de la hemoglobina reducida y desencadenan la cianosis; de acuerdo a estos factores, podemos clasificar la cianosis como central y periférica (Gutierrez, 2010).

También es importante elevar la cabecera de la cama, ayudar al paciente a adoptar una posición que facilite el trabajo respiratorio con la finalidad de mejorar la oxigenación adoptando una posición erguida y realizando ejercicios respiratorios para reducir el colapso de las vías respiratorias, la disnea y el trabajo respiratorio (Doenges, 2008). Administrar oxigenoterapia por

cánula binasal a 4 litros con el objetivo de incrementar la saturación de la hemoglobina como mínimo entre el 85-90% sin riesgo significativo de toxicidad por el oxígeno. Como regla general, concentraciones elevadas de oxígeno pueden ser usadas sin peligro por breves períodos de tiempo, mientras el esfuerzo se centra en corregir la enfermedad fundamental (Gutierrez Muñoz, 2010).

Realizar ejercicios respiratorios con triflow siendo un dispositivo que ayuda a mantener los pulmones saludables después de una cirugía o cuando tiene una enfermedad pulmonar, este espirómetro les ayuda cómo tomar respiraciones profundas y lentas para mantener los pulmones con aire y saludables durante su recuperación o prevenir problemas pulmonares (Asturias, 2011). Evaluar el grado de ansiedad, animar a la verbalización de las preocupaciones y sentimientos ya que la ansiedad es una manifestación de preocupaciones psicológicas y respuestas psicológicas a la hipoxia. Proporcionar consuelo y potenciar la sensación de seguridad puede reducir el componente psicológico, reduciendo así la demanda de oxígeno y las respuestas psicológicas adversas (Reyes, 2015). Evaluar el AGA según sea necesario para medir el estado ventilatorio, de oxigenación y el equilibrio ácido-base de un paciente para cuantificar una respuesta terapéutica como la oxigenoterapia o para monitorizar la severidad o la progresión de un proceso, también la gasometría nos ofrece datos relacionados con el pH y los gases en sangre, incluyendo la hemoglobina y sus fracciones, además de otras magnitudes como electrolitos, glucosa y lactato (Oliver, Rodriguez, Marin, Muñoz, Guillen, Valcarcel, Galan, Rodriguez Cantalejo, 2015).

Disminución del gasto cardiaco

Según el Manual de Enfermería CTO (2017), el gasto cardíaco (GC) o volumen minuto cardíaco es el volumen de sangre que el ventrículo izquierdo bombea en un minuto, y es igual al

volumen sistólico del ventrículo izquierdo multiplicado por la frecuencia cardíaca (equivale a unos 5 l/min); generalmente en una insuficiencia cardiaca se produce un gasto cardíaco que es insuficiente para las necesidades metabólicas del organismo, o para conseguirlo, se necesitan presiones que pueden producir síntomas por congestión retrógrada.

También, Aravena (2018) define el gasto cardíaco o volumen minuto (VM) es el volumen de sangre eyectado por los ventrículos hacia la aorta o tronco pulmonar en cada minuto. También se entiende como la cantidad de sangre que fluye por la circulación en general y habla de la eficiencia de corazón como bomba. Sin embargo, para hablar de gasto cardíaco hay que comprender el concepto de retorno venoso, entendido este último como la cantidad de flujo sanguíneo que regresa desde las venas hacia la aurícula derecha en un minuto ya que ambos deben ser iguales entre sí, excepto durante algunos latidos cardíacos que se producen cuando la sangre se almacena o elimina temporalmente del corazón o los pulmones. El gasto cardíaco o VM es igual al producto del volumen sistólico (VS), que es el volumen de sangre expulsado por el ventrículo durante cada contracción, y la frecuencia cardíaca (FC), el número de latidos por minuto. Sin embargo, cabe mencionar que durante una disminución del gasto cardíaco se ponen en marcha mecanismos de compensación como son el aumento del tono simpático y la activación del sistema renina angiotensina-aldosterona, los cuales inducen un aumento de la poscarga y de la precarga, lo que incrementa el trabajo cardíaco y a la larga, la disfunción ventricular. Teniendo como signos y síntomas frecuentes la taquicardia que es un mecanismo de compensación necesario para mantener un gasto cardíaco adecuado ante la caída del volumen sistólico; oliguria por la dificultad del corazón para bombear la sangre en cantidades adecuadas hace que, en el riñón, al recibir menos sangre para depurar se genera menos orina.

Según Grzona (2010), el bajo gasto cardiaco es el síndrome provocado por la incapacidad de la bomba cardiaca, de mantener un volumen minuto cardiaco (VMC) adecuado, para satisfacer las necesidades tisulares de oxígeno y remover los metabolitos tóxicos.

NANDA (2015) menciona que la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

En este paciente, el factor de relacionado es la alteración de la frecuencia cardiaca.

Los cuidados de enfermería que se brindaron a la paciente fueron: Auscultar el pulso apical; valorar frecuencia y ritmo cardiaco siendo fundamental evaluar el impulso sistólico para detectar algunas arritmias cardiacas para observar taquicardia, bradicardia u otras anomalías (Cto, 2017). Inspeccionar la piel en busca de palidez, cianosis ya que es importante conocer que la decoloración azulada de la piel y las membranas mucosas, se debe a un exceso de hemoglobina desaturada en la sangre que puede ser visible especialmente alrededor de los labios y en las partes periféricas de las extremidades. Si se presenta de manera central es porque se desarrolla una alteración del intercambio gaseoso pulmonar que reduce la oxigenación de la sangre arterial expresándose mejor en labios y membranas mucosas porque estas áreas no están sometidas a ciertas condiciones ambientales, como temperaturas bajas, que provocan vasoconstricción periférica y cianosis en miembros periféricos (Aravena, 2018).

También, monitorizar la diuresis, observar si disminuye la cantidad de o si la orina tiene un aspecto oscuro / concentrado nos permite ver que la dificultad del corazón para bombear la sangre en cantidades adecuadas hace que en el riñón, al recibir menos sangre para depurar se genera menos orina (Aravena Aravena, 2018). Observar cambios sensoriales; p. ej., letargo, confusión, desorientación, ansiedad y depresión ya que nos puede indicar una perfusión cerebral insuficiente secundaria a una disminución del gasto cardiaco (Doenges, 2008). Proporcionar un

ambiente tranquilo; explicar el tratamiento de enfermería; ayudar al paciente a evitar situaciones estresantes; escuchar y responder a las expresiones, sentimientos de temor ya que es importante mantener el reposo psicológico ayuda a reducir el estrés emocional, que puede causar vasoconstricción, aumentando la BP y la frecuencia y trabajo cardiaco (Doenges, 2008).

Contribuir y Fomentar reposo, semitumbado en cama. Ayudar con los cuidados físicos según necesidad siendo importante mantener reposo físico para mejorar la eficiencia de las contracciones cardiacas y para reducir la demanda / consumo de oxígeno del miocardio y el gasto (Doenges, 2008). Administrar oxígeno complementario con la finalidad de mantener la oxigenación tisular para contrarrestar los efectos de la hipoxia – isquemia (Gutierrez, 2010). Administrar furosemida 20amp en 100 ml a 5cc/h con la finalidad de mejorar la diuresis ya que la furosemida es un diurético del asa que produce una diuresis de instauración rápida y corta duración, bloqueando el sistema de co-transporte de $\text{Na}^+\text{K}^+2\text{Cl}^-$, localizado en la membrana de la célula luminal de la rama ascendente del asa de Henle: La acción diurética resulta de la inhibición de la resorción de cloruro sódico en este segmento del asa de Henle causando la excreción aumentada de sodio son el incremento de la excreción de orina (debido al agua unida por ósmosis) y el incremento de la secreción de potasio del túbulo distal. La excreción de iones calcio y magnesio también resulta aumentada (Ministerio de sanidad, Política, n.d, 2016).

Exceso de volumen de líquidos

Flores & De Lazcano (2014) mencionan que el edema es el aumento de volumen del líquido en el intersticio que se manifiesta clínicamente por un hoyuelo al presionar la piel. En una persona de tamaño promedio el exceso de líquidos aproximado requerido para que el edema se haga aparente es de 2.3 a 4.5 kg o cuando el líquido intersticial representa más de 10% del peso corporal; siendo la causa más común la filtración capilar para los edemas extracelulares. En

el síndrome nefrótico, la insuficiencia hepática, la desnutrición, el síndrome de malabsorción y la enteropatía perdedora de proteínas, el edema es generalizado, bilateral, blando y simétrico, el común denominador es la hipoalbuminemia, que condiciona la disminución de la presión oncótica y salida de líquido intravascular al intersticio, lo que disminuye el volumen sanguíneo circulante efectivo, estimulando al sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como a la arginina vasopresina, causando retención de agua y sodio.

Harrison (2018) define como un incremento en el volumen del líquido intersticial, que puede aumentar varios litros antes de que el trastorno sea evidente. Por tanto, es frecuente que previo a la aparición manifiesta del edema se produzca un aumento de varios kilogramos de peso: se puede obtener un adelgazamiento similar mediante la diuresis en un paciente apenas edematoso antes de llegar al "peso seco". Las fuerzas que regulan la distribución de los líquidos en estos dos componentes del compartimiento extracelular con frecuencia se denominan fuerzas de Starling. La presión hidrostática del interior del sistema vascular y la presión coloido-oncótica del líquido intersticial tienden a estimular el desplazamiento del líquido desde el espacio vascular hasta el extravascular.

Según el manual de enfermería CTO (2017), las enfermedades renales son junto a las miocardiopatías y a la cirrosis hepática las causas más frecuentes de aparición de edemas. La existencia de edemas es inconstante en el curso evolutivo de las nefropatías. Puede observarse un edema moderado en las glomerulonefritis agudas y en la toxemia gravídica y en fases avanzadas de la insuficiencia renal crónica. Los grandes edemas se observan en el síndrome nefrótico. Los edemas comúnmente aparecen en los miembros inferiores, cara (edema palpebral) y pared del abdomen, raras veces en serosas (pleuras y peritoneo) y excepcionalmente, se presenta edema pulmonar secundario a insuficiencia ventricular izquierda inducida por hipertensión arterial. Los

edemas son la expresión clínica de la hiperhidratación extracelular como consecuencia de un balance positivo de sodio (eliminación urinaria de sodio de 10-20 mEq/día, siempre inferior a los aportes). En una insuficiencia renal el edema es a consecuencia de la proteinuria y la hipoproteinemia. Debido a la disminución de la presión oncótica del plasma tiene lugar un aumento del volumen intersticial. Todos estos factores contribuyen a la aparición de edemas. Hipoproteinemia-hipoalbuminemia: numerosos estudios han demostrado que la síntesis protéica corporal es normal e incluso elevada, por lo tanto, la hipoproteinemia es una consecuencia directa de las grandes pérdidas protéicas.

Según la NANDA (2015), aumento de la retención de líquidos isotónicos.

En esta paciente el factor relacionado son los mecanismos de regulación comprometidos.

Los cuidados de enfermería que se brindaron a la paciente fueron: Valorar estado de hidratación: retención de líquidos, edemas; Controlar funciones vitales: PA, FC, FR, T° con la finalidad de valorar la progresión del edema que generalmente aparecen en los miembros inferiores, cara (edema palpebral) y pared del abdomen, raras veces en serosas (pleuras y peritoneo) y excepcionalmente se presenta edema pulmonar secundario a insuficiencia ventricular izquierda inducida por hipertensión arterial. También siempre estar monitorizando las funciones vitales para detectar a tiempo taquicardias e hipertensión arterial que generalmente suceden en estos casos (Montoro, Segarra, Lopez, & Monterde, 2013). Restringir los líquidos como se indique es importante ver la atención de líquidos se calcula, normalmente, para reponer la eliminación hídrica por todas las fuentes, además de las pérdidas inapreciables estimadas (metabolismo, diaforesis) (Doenges, 2008).

También se va auscultar los sonidos pulmonares y cardiacos, esto con la finalidad de identificar el murmullo vesicular, ruidos broncovesiculares, estertores, crepitantes y sibilancias

para una acción oportuna (Cto, 2017). Controlar la densidad de la diuresis por la sonda Foley esto es importante para determinar la capacidad renal para concentrar la orina. En la insuficiencia intrarrenal, la densidad de la orina es normalmente, igual o inferior a 1,010, indicando pérdida de capacidad de concentrar la orina (Doenges, 2008). Administrar furosemida en infusión de 24 horas según prescripción con la finalidad de eliminar el líquido excesivo del cuerpo ya que la furosemida es un diurético del asa que produce una diuresis de instauración rápida y corta duración, bloqueando el sistema de co-transporte de $\text{Na}^+\text{K}^+\text{2Cl}^-$, localizado en la membrana de la célula luminal de la rama ascendente del asa de Henle: La acción diurética resulta de la inhibición de la resorción de cloruro sódico en este segmento del asa de Henle causando la excreción aumentada de sodio son el incremento de la excreción de orina (debido al agua unida por ósmosis) y el incremento de la secreción de potasio del túbulo distal. La excreción de iones calcio y magnesio también resulta aumentada (Ministerio de sanidad, Política, n.d, 2016).

Así mismo, se va administrar albumina cada 12 horas siendo la albúmina una proteína con un peso molecular de 69 000 Daltons y constituye la proteína plasmática más abundante. Supone un 54 % de las proteínas plasmáticas que circulan en el organismo, es sintetizada exclusivamente por el hígado en una cantidad que oscila en el adulto entre 100-200 mg/kg/día y tiene una vida media entre 18 a 21 días. La albúmina es la principal determinante de la presión oncótica plasmática y es fundamental para el mantenimiento de la misma, es necesaria para la distribución correcta de los líquidos corporales entre el compartimento intravascular y el extravascular, localizado entre los tejidos (Orlando & Pérez, 2014). Pesar al paciente diariamente, con el mismo equipo al mismo tiempo ya que es importante conocer el peso corporal diario es el mejor indicador del estado hídrico. Un aumento de peso de más de 0.5 kg/día indica retención de líquidos (Doenges, 2008).

Y por último, vigilar ingresos y egresos: llevar registro estricto siendo muy importante el control estricto de la diuresis es una forma sencilla de estudiar la función renal, controlar la diuresis baja (inferior a 400 ml/24h). Es necesario conocer un balance hídrico preciso para determinar la función renal y las necesidades de reposición hídrica, y reducir el riesgo de sobrecarga hídrica (Montoro *et al.*, 2013). Vigilar y evaluar los edemas (Valorar la piel, la cara y las partes declives por si presentan edemas. Evaluar el grado de edema); también, es indispensable conocer cómo se produce el edema, principalmente, en las partes declives del cuerpo, p. ej., manos, pies, zona lumbosacra. El paciente puede ganar hasta 4.5 kg de líquidos antes de detectar un edema con fóvea. El edema periorbitario puede ser un signo de esta desviación hídrica, porque estos tejidos frágiles se dilatan con facilidad, incluso con una acumulación de líquidos mínima (Doenges, 2008).

Ansiedad

Para Reyes (2015), la ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso es fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Según Silva, Zandonade & Amorim (2017), la ansiedad puede estar vinculada a una respuesta de estrés en un proceso inconsciente en el que el agente causante no se entiende o no es definido completamente. Estar ansioso es diferente de ser ansioso. Por lo tanto, se puede dividir ansiedad en estado y rasgo de ansiedad. Estado de ansiedad o ansiedad, se define como una actividad emocional transitoria, de acuerdo con las condiciones momentáneas experimentadas

por el individuo. En el cabe destacar las sensaciones de tensión y aprensión conscientemente percibidas, que pueden variar en intensidad. Pero el rasgo de ansiedad, es la forma en que la persona por lo general reacciona a las situaciones de estrés de todos los días y que son percibidos como una amenaza, y el rasgo de ansiedad es estable, variando de acuerdo a cada individuo.

También, Bazan & do Canto-de-Souza (2018) menciona que la ansiedad se define como el estado subjetivo de tensión difusa, que puede estar acompañada por cambios físicos tales como aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca inducida por la expectativa de peligro, mientras que el miedo es una respuesta a un peligro real y presente.

NANDA (2015) menciona que es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

En este paciente el factor relacionado es grandes cambios en su estado de salud.

Los cuidados brindados al paciente fueron: Evaluar las experiencias del paciente y allegados con el cáncer, determinando la información brindada por el médico ya que es importante para aclarar la percepción del paciente (Doenges, 2008); ayuda con la identificación de los temores y malentendidos relativos al diagnóstico y la experiencia con el cáncer; Animar al paciente a expresar sus pensamientos y emociones ya que nos ayuda a ofrecer la oportunidad de examinar los temores y malentendidos reales sobre el diagnóstico (Doenges, 2008). Explicar el tratamiento recomendado, su objetivo y los posibles efectos secundarios. Ayudar al paciente a prepararse para los tratamientos con la finalidad de que la paciente conozca los efectos secundarios de la quimioterapia, los cambios en la apariencia física y la incertidumbre acerca de

una recurrencia de la enfermedad, ya que el objetivo de la quimioterapia es reducir el riesgo de una metástasis, en lugar de eliminar células cancerosas localizadas, como lo es en la radioterapia. Para algunos tipos de cáncer puede ser recomendable un trasplante de medula ósea o células progenitoras periféricas (Barboza, 2011).

También es importante explicar los procedimientos, ayudar a resolver las dudas del paciente con honestidad para que el paciente tenga una información precisa permite al enfermo tratar con mayor eficacia la realidad de la situación, reduciendo así la ansiedad y el miedo a lo desconocido (Doenges, 2008). Fomentar un entorno tranquilo y silencioso siendo importante porque facilita el descanso y ayuda a conservar la energía del paciente (Reyes, 2015). Incluir a la familia según los deseos del paciente cuando se han de tomar decisiones importantes porque es importante las relaciones familiares y sociales ya que experimentan menos problemas de salud, mayor autoestima y un mayor facilidad en su recuperación (Baider, Sharett, & Oncología, 2003). Animar al paciente y fomentar distracciones siendo esto importante para reducir los sentimientos de aislamiento. Si no existen sistemas de apoyo familiares pueden ser necesarios de forma inmediata recursos externos (videos, grupos de plática) (Doenges, 2008). Favorecer a la interconsulta con psicología es importante buscar apoyo psicológico, bien directamente con un psicólogo, o bien formando parte de asociaciones o foros de pacientes, que facilitan el contacto con personas que están pasando o han pasado por una experiencia similar (Oncovida, 2016).

Dolor agudo

La sociedad de Leukemia & Lyphoma (2013) refiere que este tipo de dolor aparece rápidamente y dura poco tiempo (hasta tres meses). El dolor agudo puede variar de leve a muy intenso. El dolor agudo es una señal natural que impulsa a una persona a cambiar una conducta nociva o buscar atención médica. Durante este período puede que se deban tomar medicamentos

para el dolor (analgésicos). Pero una vez transcurrido el evento o sanada la herida, el dolor suele desaparecer. El tiempo habitual de curación es de cuatro a seis semanas. Muchas personas con cáncer de la sangre tienen dolor causado por el cáncer mismo. Por ejemplo, cuando se acumulan células cancerosas en la médula ósea (el tejido esponjoso en el interior de los huesos donde se producen las células sanguíneas) y forman una masa, esa masa puede presionar los nervios de la médula espinal o las articulaciones. Esto puede causar dolor. Además, las personas con leucemia linfocítica crónica (CLL, por sus siglas en inglés), leucemia mieloide crónica (CML, por sus siglas en inglés) y leucemia de células peludas a veces tienen dolor o una sensación de saciedad en la zona debajo de las costillas izquierdas debido a una inflamación del bazo causada por el cáncer.

También, ONCOVIDA (2016) menciona que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial que se expresa como si ésta existiera. La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable, y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual al dolor de cada persona. Se calcula que el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada.

La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. Se considera dolor agudo la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. El dolor agudo se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se

desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó.

NANDA (2015) menciona que es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

La paciente en estudio presento llanto, irritabilidad, fascies de dolor y refiere 6/10 en una evaluación del dolor de EVA; por tal motivo se llega a la conclusión del diagnóstico de enfermería de dolor agudo.

En este caso clínico la paciente presento factor relacionado, agente lesivo biológico: cáncer.

Los cuidados de enfermería brindados a la paciente fueron: Valorar las manifestaciones verbales y no verbales de la paciente frente al dolor, usando la escala numérica del dolor (EVA) siendo importante por que es una de las herramientas más comunes que se usa para calificar el dolor con un número del 0 al 10. Esta se conoce como la "escala visual análoga" o "VAS", por sus siglas en inglés. La escala clasifica el dolor de menos intenso a más intenso: el 0 representa la ausencia de dolor y el 10, el peor dolor que se puede imaginar (Leukemia & Lyphoma, 2013); Considerar los factores desencadenantes del dolor ya que es importante conocer que el dolor se puede producir cerca del final del intervalo de dosis, lo que indica la necesidad de una dosis mayor o un intervalo de dosis más breve. El dolor se puede desencadenar por factores identificables o se puede producir de forma espontánea, lo que requiere el uso de fármacos de semivida corta como dosis de rescate o complementarios (Doenges, 2008).

También enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (masajes, cambios de posición, música y televisión) siendo importante los masajes ya que pueden aliviar las contracturas,

también disminuyen la ansiedad. La aplicación de frío o calor pueden ayudar a disminuir la sensación de dolor si el origen es inflamatorio o muscular, respectivamente (Oncovida, 2016); Administrar tramadol 50 mg y gravol 50 mg c/8 horas favorece a disminuir el dolor ya que el tramadol es un analgésico de acción central, que contribuyen a su efecto analgésico con la inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina así como la intensificación de la liberación de serotonina también si adicionamos el dimenhidrinato puede incrementar los efectos de otros depresores del SNC y analgésicos opiáceos (ministerio de sanidad, politica, 2018)

Asimismo, evaluar el alivio y control del dolor a intervalos regulares. Ajustar el régimen terapéutico según sea la necesidad siendo su objetivo aportar información que le servirá al profesional médico a tratar cualquier tipo de dolor que el paciente tenga. Si se indica, el médico tal vez cambie la dosis del analgésico que toma, le recete uno nuevo o le haga probar una combinación de analgésicos (Leukemia & Lyphoma, 2013). Informar al paciente y familiares sobre los efectos terapéuticos esperados y explicar el tratamiento y los efectos secundarios ya que esta información ayuda a establecer expectativas realistas y la confianza en su propia capacidad en su propia capacidad para manejar lo que sucede (Doenges, 2008).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendieron 2 días al paciente, iniciando el 03/09/18 al 04/09/18.

Se atendió a la paciente R.S.G. en la unidad de neutropenia 4^{to} piso oeste, durante 2 días, cuya valoración inicio el 03 de setiembre y finalizo el 4 de setiembre del año 2018, del Instituto nacional de enfermedades neoplásicas.

El 1er día de atención fue durante la guardia diurna y el 2do. día turno noche.

El primer día se identificó 16 diagnósticos, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos para realizar el plan de cuidados.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo alcanzado: La paciente mejoró el intercambio de gases durante su hospitalización que se evidencia por una gasometría normal, tranquilidad y frecuencia respiratoria dentro de los valores normales.

Segundo diagnóstico.

Disminución del gasto cardiaco

Objetivo no alcanzado: La paciente no mejoró el gasto cardiaco durante el turno que se evidencia por frecuencia cardiaca elevada 92 X, presión arterial alta 130/90 y edemas

Tercer diagnóstico

Exceso de volumen de líquidos

Objetivo no alcanzado: La paciente no disminuyó exceso de volumen de líquidos durante su estancia hospitalaria que se evidencia presión arterial alta, edemas, sobrepeso y desequilibrio electrolítico.

Cuarto diagnóstico.

Ansiedad

Objetivo parcialmente alcanzado: La paciente continúa con ansiedad durante el turno después de las intervenciones de enfermería que se evidencian por fascies de intranquilidad y preocupación.

Quinto diagnóstico.

Dolor agudo

Objetivo alcanzado: La paciente disminuyó dolor agudo durante el turno al evidenciar fascies de alivio, tranquilidad y refiere dolor 0 según EVA.

Conclusiones:

Se logra aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a la paciente R.S.G. con diagnóstico médico Leucemia Linfoblástica aguda de células B, Insuficiencia renal aguda no oligúrica, brindando cuidados de enfermería según las indicaciones de la UCI y otros departamentos, administrando todo el tratamiento y brindando los cuidados necesarios durante su recuperación.

Durante la ejecución del plan de atención de enfermería se priorizaron 5 objetivos: 2 diagnósticos fueron alcanzados; deterioro del intercambio gaseoso y dolor agudo; 1 parcialmente alcanzados del diagnóstico de ansiedad, porque cada procedimiento o actividad nueva genera ansiedad en la paciente; 2 objetivos no fueron alcanzados de los diagnósticos; disminución del

gasto cardiaco y exceso de volumen de líquidos por ser diagnósticos de largo tiempo de tratamiento.

Bibliografía

- Aravena Aravena, fabiola andrea. (2018). Fundamentación del diagnóstico enfermero: Disminución del gasto cardiaco al paciente con Insuficiencia Cardiaca Izquierda. *Director*, 15(2), 2017–2019. <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178>
- Asturias, hospital universitario central. (2011). Procedimiento de espirometria incentivada, 1–5.
- Baider, L., Sharett, I., & Oncología, D. (2003). Cáncer y familia : aspectos teóricos y terapéuticos, 3, 505–520.
- Barboza, F., & J, C. F. F. M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad / religiosidad . Analisis preliminar de datos 1 and its Relation with their Spirituality / Religiosity . Introducción.
- Bazan Blanco, M., & do Canto-de-Souza, A. L. (2018). Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático. *CES Psicología*, 11(2), 53–65. <https://doi.org/10.21615/cesp.11.2.5>
- Cto, G. (2017). *Manual CTO de medicina y cirugia: cardiologia y cirugia cardiovasclar*. (C. Editorial, Ed.) (10th ed.).
- CTO, M. (2017a). *Manual CTO de medicina y cirugia: Neumología y cirugía torácica*. (C. Editorial, Ed.) (10th ed.).
- CTO, M. (2017b). *Mini CTO - Nefrologia*. (E. CTO, Ed.) (6TA ed.).
- Fernández Fernández, R. (2009). Fisiopatología del intercambio gaseoso en el SDRA. *Medicina Intensiva*, 30(8), 374–378. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(06\)74551-x](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(06)74551-x)
- Flores, B., Flores, I., & De Lazcano, M. (2014). Edema. Enfoque clínico. *Medicina Interna de Mexico*, 30(1), 51–55.
- Grzona, maria estela. (2010). MANEJO DEL BAJO GASTO CARDIACO EN EL POSOPERATORIO CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICO, 6, 1–27.

- Gutierrez muñoz, F. R. (2010). Artículo de revisión, 27(4), 286–297.
- Harrison, T. R. (2018). *HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA*. (J. L. J. y J. L. Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, Ed.) (McGraw Hil). MEXICO.
- Leukemia & Lymphoma. (2013). Información sobre el manejo del dolor. *Leukemia Y Lymphoma Society*, 195, 1–10. Retrieved from http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_painmanagement.pdf
- Marylynn E. Doenges, Mary frances moorhouse, A. C. murr. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (septima ed). mexico.
- ministerio de sanidad, Política, social e igualdad. (2016). ficha tecnica de furosemida. In *agencia española de medicamentos y productos sanitarios* (pp. 1–14). barcelona.
- ministerio de snidad, política, social e igualdad. (2018). ficha tecnica de tramadol. In *agencia española de medicamentos y productos sanitarios* (pp. 1–10). barcelona.
- Montoro, J. B., Segarra, A., Lopez, R., & Monterde, J. (2013). Nefrología.
- NANDA. (2015). *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS*. (S. K. T. Heather Herdman, Ed.) (ELSEVIER). ESPAÑA.
- Oliver, P; rodriguez, O; marin, J.L; muñuz, M; guillen, E; valcarcel, G; galan, A; rodriguez cantalejo, F. (2015). Estudio de la oxigenación e interpretación de la gasometría arterial, (2014), 31–47.
- oncovida. (2016). El dolor en el paciente oncologico, 17.
- Orlando, D., & Pérez, L. (2014). Empleo de la albúmina en el entorno de los cuidados críticos Use of Albumin in the Critical Care Setting. *Hospital Clínico Quirúrgico “ Hermanos*

Ameijeiras” La Habana, Cuba. Retrieved from

<http://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm162j.pdf>

Reyes, J. (2015). Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento.

Biblioteca Virtual En Salud. Honduras, 1–134. Retrieved from

<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Silva, A. V. da, Zandonade, E., & Amorim, M. H. C. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0).

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Telf. _____
Procedencia: _____	Consultorio ()	Emergencia ()	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ()	Silla de ruedas ()	Camilla ()
Fuente de Información: _____	Paciente ()	Familiar/amigo ()	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes familiares de importancia: Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Intervenciones quirúrgicas: No () Si () (fechas) _____ Alergias y otras reacciones: _____	Formula Obstétrica: G _____ P _____ EG: N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ Mamas: <u>turgentes</u> () () <u>blandas</u> Pezones: Formados () planos () invertidos () Útero: Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frecuencia: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos Fetales: Si () No () LCF: _____
Fármacos: _____ Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco No () Si () Consumo de alcohol No () Si () Consumo de drogas No () Si () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ Estado de higiene Buena () Regular () Mala () Requiere ayuda? Si () No () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? _____	Perdidas Vaginales: Líquido amniótico () Sangrado Vaginal: Si () No () Volumen: _____ Secreciones Vaginales: Si () No () Características: _____ Comentarios adicionales: _____
PATRÓN DE RELACIONES - ROL Ocupación: _____ Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () ¿Con quién vive? <u>Sola</u> () Con su familia() Otros _____ Fuentes de apoyo: Familia () Amigos() Otros _____ Abdomen grávido: Normal () Distendido() Doloroso () Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales () Disminuidos () ausentes() Comentarios adicionales: _____	PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO T: _____ °C Peso: _____ Talla: _____ Glucosa: _____ Hb: _____ Piel: Coloración: Normal () Pálida () Rubicunda() Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente () Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar si hay lesiones: _____ Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Ausente() Incompleta () <u>Prótesis</u> () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena() Hidratación: Si () No () Cambio de peso durante los últimos días: Si () No() Obesidad: () Bajo peso: () Otros _____ Tipo de dieta: _____ Apetito: Normal () Disminuido () Aumentado () Dificultad para deglutir: Si () No () Nauseas () Pirosis () Vómitos () Cantidad: _____
	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS Estado de conciencia: Consciente () Inconsciente () Somnoliento () Estado emocional: Tranquila () ansiosa() Negativa() Temerosa () Irritable () Indiferente() Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: _____

Tos ineficaz: No () Si ()
 Reflejo de la tos: Presente () Ausente () Disminuido ()
 Secreciones: No () Si ()

Características: _____

O2: No () Si ()

Modo: _____ l/min _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso periférico: _____

Edema: No Si Localización: _____

+() ++() +++()

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente

2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Riesgo de Caídas: Bajo () Alto () Sin Riesgo ()

Aparatos de ayuda: ninguno () S. ruedas () Otros: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: _____

Normal () Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia ()

Hábitos vesicales

Frecuencia: _____ / día

Polaquiúria () Disuria () Nicturia ()

Proteinuria: _____

Albumina en orina: _____

Otros: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____

Problemas para dormir: Si () No ()

Especificar: _____

¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No ()

Especificar: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Mano dominante: _____

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez ()

Contracturas () Parálisis ()

Fuerza muscular: Conservada () Disminuida ()

Comentarios adicionales: _____

Religión: _____

Restricciones religiosas: _____

Solicita visita de capellán: Si () No ()

Comentarios adicionales: _____

Nombre del enfermero: _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo () Espacio () Persona ()

Presencia de anomalías en:

Audición: _____

Visión: _____

Habla/lenguaje: _____

Otro: _____

Dolor: No () Si ()

Localización: _____

Cefalea () Dinámica Uterina ()

Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

EXAMENES AUXILIARES:

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “_____”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales _____. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. _____, bajo la asesoría de la Mg. _____. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

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

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

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

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

Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

