



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**



**División de posgrado de la Facultad de
Enfermería**

Maestría en Enfermería

**Intervenciones personalizadas de cuidado enfermero en personas
con presencia de fistula entero-cutánea**

Tesis

Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería

Presenta

L.E. María Celia García Martínez

Asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Co asesora

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia, Michoacán

septiembre 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Asesora

Dra. Jazmín Valencia Guzmán

Co-asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Revisora

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Revisora

Dra. Barbará Mónica Lemus Loeza

Revisora

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga** asesora y la **Dra. María Jazmín Valencia Guzmán** co-asesora, profesoras e Investigadoras de tiempo completo adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado ***“Plan de cuidados individualizado en pacientes con fistula entero-cutánea”***, elaborado por la **L.E. María Celia García Martínez**, mismo que presenta para la obtención de grado de *Maestra en Enfermería con terminal en Dirección, Gestión y Liderazgo* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**DRA. MARIA MAGDALENA
LOZANO ZUÑIGA**

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

**DRA. MARIA JAZMÍN VALENCIA
GÚZMAN**

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

**DRA. ANA CELIA ANGUIANO
MORÁN**

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

**DRA. MARIA LETICIA RUBI
GARCIA VALENZUELA**

Profesora e Investigadora de
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

**DRA. BÁRBARA MÓNICA
LEMUS LOEZA**

Profesora e Investigadora de
Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

Dedicatoria

A Dios

Por permitirme llegar hasta este momento histórico de mi vida.

A mis padres

Celia Martínez y Antonio García por llenarme de sabiduría en todo momento de su vida y aunque ya no están aquí permea su esencia en mi diario vivir.

A mi familia

Daniel Solórzano, compañero incondicional de vida y extraordinario padre de Lorena, juntos constituyen el pilar esencial de mi existir.

Agradecimientos

A mis hermanos

Por ser parte importante de mi vida, por el apoyo y confianza que me han demostrado en todo momento, pero sobre todo por estar conmigo acompañándome en mis decisiones.

Al Hospital de la Mujer

Por darme la oportunidad de crecer cada día como profesionista y persona.

A las doctoras

Principalmente a la Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga por su paciencia y guía en este trabajo, asimismo, a cada una de las doctoras que forman parte de la mesa sinodal, mi más profundo agradecimiento por compartir conmigo su experiencia y conocimiento, ya que en conjunto han dejado huella en mi persona no solo en el transcurso de este proceso sino en mi vida, de igual manera agradezco profundamente a la Dra. Mayra Itzel Huerta por todo el apoyo recibido.

A mis pacientes

Por permitirme desarrollar en ellos mi ejercicio profesional y hacer de mi profesión mi filosofía de vida, pero sobre todo a LGG por permitirme plasmar parte del cuidado que se le brindo en el difícil proceso de su enfermedad durante los 206 días que estuvo en el hospital.

Índice

I.	Introducción	5
II.	Justificación	7
III.	Objetivos	8
	Objetivo general	8
	Objetivos específicos.....	8
IV.	Marco Teórico	9
4.1	Proceso enfermero	9
4.1.1	<i>Historia</i>	9
4.1.2	<i>Definición</i>	10
4.1.3	<i>Características</i>	10
4.1.4	<i>Finalidad y evolución</i>	10
4.1.5	<i>Etapas</i>	12
4.2	Taxonomía NANDA, NIC, NOC	15
4.2.1.	<i>Nursing Interventions Classification(NANDA)</i>	15
4.2.2.	<i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i>	16
4.2.3.	<i>Nursing Outcome Classification (NOC)</i>	18
4.3	Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem	20
4.3.1.	<i>Dorothea E. Orem</i>	20
4.3.2.	<i>Conceptos meta paradigmáticos</i>	20
4.3.3.	<i>Teoría de Orem</i>	21
4.3.4	<i>Elementos conceptuales de la teoría</i>	22
4.4.	Fistula entero-cutánea.....	25
4.4.1	<i>Conceptualización</i>	25
4.4.2	<i>Fisiopatología</i>	25

4.4.3 Factores de riesgo	26
4.4.4. Diagnóstico	26
V. Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación	28
5.1 Valoración	28
5.1.1 Factores condicionantes básicos	29
5.1.2 Requisitos de autocuidado universales.....	30
5.1.3 Requisitos de autocuidado y desarrollo	31
5.1.4 Requisitos de desviación de la salud	32
5.2 Diagnósticos	33
5.3 Planeación.....	49
5.4 Ejecución y evaluación	53
VI. Resultados	58
VII. Conclusiones.....	59
VIII. Sugerencias	60
Referencias.....	61
Anexos	64
Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado de D. Orem	64
Anexo 2: Diagrama de vinculación de la teoría con la enfermedad.....	77

Resumen

Introducción. El Proceso Enfermero (PE) es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que permite brindar los cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad, además, con él se fundamenta científicamente la Enfermería. En ese sentido, el profesional de esta disciplina desempeña un rol indispensable en la ejecución de los cuidados que se proporcionan tanto dentro como fuera de los centros de salud. **Objetivo.** Realizar un Plan de Cuidados Personalizado (PCP) a usuaria con fístula entero-cutánea surgida como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal. **Método.** Se realizó una revisión sistemática de la condición pos-operatoria presentada para dar sustento teórico de dicho padecimiento, se procedió a realizar la valoración individual a partir de la guía de valoración de la Macro Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem; partiendo de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC), además, de efectuar el análisis, selección y priorización de los diagnósticos de enfermería identificados, así como la aplicación del plan de cuidados. **Resultados.** De los 6 diagnósticos priorizados se ejecutó un plan de cuidados y se logró mantener la ingestión de nutrientes por la ministración de nutrición parenteral. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado respiratorio de la paciente y mantener una vía aérea permeable, así como el equilibrio hídrico, con un cuidado oportuno de la herida. **Conclusiones.** El PCP fortalece el cuidado que el profesional de enfermería otorga de manera individualizada basándose en las necesidades presentadas por cada paciente, contribuyendo en la salud y bienestar de la misma.

Palabras clave: Proceso enfermero, Macro Teoría de Dorothea Orem, Fístula entero-cutánea.

Abstract

Introduction. The nurses' process is a systematic, humanistic, dynamic, flexible, interactive and dynamic method who bring the care of the real or potential problems in the individual, familiar or community responses, getting scientific foundation of nursing. In that way, the professional of this discipline performs an indispensable role in the execution of the health caring who are provide inside and outside of health centers.

Objective. Perform a personalized caring plan to a patient with enterocutaneous fistula emerged as a complication of post-operative open cholecystectomy and abdominal sepsis. **Method.** A systematic analyze of the presented post-operative condition were done to give theoretical support to the ailing, also, an individual valuing getting the valuation guide of the Macro Theory of self-care deficit of Dorothea E. Orem as a base; finally, the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC) were the starting point to effect an analyze, selection and prioritization of the identified nurses' diagnosis and the application of the care plan. **Results.** A caring plan was executed from the six prioritized diagnosis where it was achieved keeping the nutritional intake from the parental nutrition ministrations. Using the Orem's proposal compensatory care was offered when the patient's respiratory status was treated and keeping patent airway as well as fluid balance and timely wound care. **Conclusions.** The Personalized Caring Plan strengthens the care that the nurses' professional give as an individualized way basing the presented necessities of every single patient contributing to get improve the wellness and health of people.

Keywords: Nurses' process, Dorothea Orem's Macro Theory, Enterocutaneous fistula.

I. Introducción

El presente plan de cuidados personalizado (PCP) se fundamenta con la metodología del PE, ya que, al ser un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico y flexible, fomenta el pensamiento crítico del profesional de enfermería (González y Monroy, 2016). Por ende, sirve de base en el proceso de atención a los usuarios que acuden a solicitar los servicios. Precisamente, a través de la observación se inicia la etapa de valoración, para proseguir a realizar acciones vinculadas entre sí, partiendo de la condición de salud afectada. Este enfoque recae en los resultados esperados y obtenidos en relación con el problema del individuo, para ello, es sustentado en evidencia científica estandarizada y reconocida internacionalmente: la taxonomía NIC, NOC y NANDA.

La fístula entero-cutánea es la forma más común de las fístulas intestinales, no obstante, es una patología compleja que obliga a la estancia hospitalaria prolongada debido a complicaciones como: desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición, desajustes metabólicos y sepsis (Rodríguez, 2014). En ese sentido, Clemente et al. (2017) la definen como la comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel, con salida de fluidos gastrointestinales a través de la piel por un periodo mayor a 24 horas. Cabe mencionar, que en México la mortalidad por fístulas del aparato digestivo se encuentra entre 20 y 30% considerando todos los grupos etarios, por ello, ante estas cifras alarmantes es pertinente emprender acciones que ayuden a quienes padecen esta condición, para que con esto se puedan disminuir el riesgo de muerte.

Siguiendo esta línea, en el presente documento se encuentra descrito el PCP que se llevó a cabo en una mujer de 33 años de edad, con presencia de fístula entero-cutánea como complicación pos-operatoria de colecistectomía abierta y sepsis abdominal, con estancia hospitalaria prolongada de 180 días; las acciones de autocuidado se sitúan dentro del sistema parcialmente compensatorio y completamente compensatorio (Raile y Marriner, 2017).

De ese modo, se identificaron 6 diagnósticos de enfermería prioritarios para su condición de salud, de los cuales la mitad se ubica como de riesgo y la otra mitad

están centrados en el problema; los cuales se realizaron con la finalidad de otorgarle una atención adecuada, eficaz y de calidad.

Por consiguiente, el escrito está conformado de la siguiente manera: en el apartado II se aborda la justificación, en otras palabras, se define el impacto del trabajo, así como la relevancia que tendrá en la disciplina de la Enfermería indagar este tipo de estudios para mejorar la calidad de atención a los usuarios; en el apartado III se plasman los objetivos que servirán de guía en el proceso de investigación; en el apartado IV se incluye el marco teórico con las principales características conceptuales de la Macro Teoría de Autocuidado de Orem así como de la condición de salud en la cual se basa el plan; en el apartado V se expone lo referente a la valoración, los diagnósticos elaborados de acuerdo a la priorización de los mismos, la planificación, ejecución y evaluación del PCP.

Posteriormente, en el apartado VI se desarrollan los resultados con base en la información proporcionada por los participantes sobre el desarrollo de dicho plan de cuidados; en el apartado VII se encuentran las conclusiones y el VIII las discusiones, así mismo, se agrega un espacio donde se describen algunas sugerencias para futuros investigadores interesados en el tema, y finalmente se encuentra la lista de referencias y los anexos

II. Justificación

El presente documento describe un Plan de Cuidados individualizado, dirigido a una paciente portadora de fistula-enterocutánea, ingresada en un hospital de segundo nivel de atención con un cuadro marcado de sepsis abdominal; dado a lo complejo de la patología y las complicaciones adjuntas, es menester la integración de un equipo multidisciplinario para su manejo. Para el profesional de enfermería dicha información impera en el manejo y abordaje de la condición descrita.

El Proceso Enfermero trajo a la práctica de enfermería una metodología científica, la cual es de gran ayuda para la reflexión del profesional. La aplicación del proceso enfermero con la inclusión de las taxonomías NANDA, NIC, NOC permite a los profesionales de enfermería una mejor descripción del mismo; El uso de las taxonomías facilita la recolección de información necesaria de manera lógica, racional, y sistemática. (Campoverde, 2019)

Al realizar planes de cuidados individualizados (en este caso dirigido a paciente con fistula entero-cutánea), se aportan herramientas que sirven de guía al profesional de enfermería para brindar un cuidado integral, fundamentado en la evidencia científica, sustentado por un marco referencial como lo es la Teoría de Orem.

De esta manera es necesario identificar y vincular el PE dentro del paradigma de la teoría del autocuidado, ya que esta teoría se sitúa dentro del nivel medio y especifica factores como el estado de salud del paciente, situación familiar, actividades de enfermería además de centrarse en responder cuestiones prácticas y concretas. Conjuntamente se utiliza la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

El presente Plan de Cuidados es importante para el desarrollo de intervenciones centradas en una complicación compleja como lo es la presencia de fistula entero-cutánea en el paciente pos-operado con estancia prolongada.

III. Objetivos

Objetivo general

Realizar un plan de cuidados personalizado en una paciente con presencia de fístula entero-cutánea.

Objetivos específicos

3.1 Aplicar el cuidado enfermero de manera individualizada.

3.2 Identificar los diagnósticos de enfermería priorizando e identificando las necesidades reales y potenciales del paciente de acuerdo a la taxonomía NANDA.

3.3 Seleccionar las intervenciones y actividades de enfermería con base en la taxonomía NIC.

3.4 Ejecutar y evaluar de manera continua el plan de cuidados de enfermería con la taxonomía NOC para lograr los objetivos esperados.

IV. Marco Teórico

En este apartado se describe el sustento teórico, que fundamenta la metodología del proceso enfermero (PE), además de puntualizar la filosofía de Dorothea E. Orem con la Teoría del Autocuidado y las taxonomías NANDA, NIC y NOC, así como se detalla lo relacionado con la fistula entero-cutánea como complicación postquirúrgica.

4.1 Proceso enfermero

4.1.1 Historia

Con el devenir de la historia el concepto de Enfermería ha sufrido múltiples transformaciones, la más trascendental es la inclusión de la profesión en el ámbito científico, teniendo como base la integración del Proceso Enfermero (PE) y con ello la estandarización de los cuidados, donde se integra un pensamiento crítico, además, de una sistematización de intervenciones con un fundamento científico (González y Monroy, 2016).

Es así, como el PE es un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible, interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad (Alfaro, 1993); requiere de un modelo conceptual, además, de ser un puente que une la forma de pensar de los profesionales de enfermería con el hacer, lo cual es el reflejo del pensamiento crítico y la capacidad de resolver problemas de manera analítica y científica.

Cabe mencionar, que Wiendebach (1963) describe tres pasos en la enfermería: observación, servicio de ayuda y validación, mientras que Knowles (1967) sugiere cinco principios: describir, profundizar, decidir, hacer y profundizar. Posteriormente, Hall en 1995 consideró por primera vez la actuación de enfermería como un proceso, centrado en el cuidado y fue el primero en definirlo como “PE”; con base en esto, con el paso del tiempo y las aportaciones de otras teóricas de enfermería se establecieron las primeras etapas de dicho proceso (como se citó en González y Monroy, 2016).

4.1.2 Definición

El PE es el instrumento metodológico, estructurado y fundamentado en el método científico que refleja la forma propia del pensamiento de enfermería para ejecutar acciones vinculadas entre sí, y que se utiliza para llevar a cabo el proceso de cuidado. Con esta metodología se cumplen los objetivos de la profesión, además, de poner en manifiesto la autonomía del actuar del profesional de esta área, justificado con la adquisición de conocimientos y habilidades para el quehacer enfermero (Ramírez, 2016).

De esa manera, Marriner (1983) y Alfaro (1999) definen al proceso como la “aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, o como un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en resultados esperados de forma eficiente” (como se citó en González y Monroy, 2016)

4.1.3 Características

Como todo proceso, contiene características que lo delimitan y que ponen en manifiesto el fundamento de su relevancia, Reina (2010) las describe a continuación:

- *Método*: Posee una serie de pasos a seguir, que permite organizar y solucionar problemas relacionados a la salud del usuario.

Sistemático: Se conforma por cinco etapas. Con esta metodología se cumplen los objetivos de la profesión, además, de poner en manifiesto la autonomía del actuar del profesional de esta área, justificado con la adquisición de conocimientos y habilidades para el quehacer enfermero (Ramírez, 2016).

- *Humanista*: Considera al hombre como ser holista.
- *Flexible*: Se aplica en cualquier contexto.
- *Dinámico*: Se adapta a cualquier cambio.

4.1.4 Finalidad y evolución

El proceso enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, en este enfoque recaen los resultados esperados y

obtenidos en relación con el problema del individuo, todo ello, sustentado en evidencia científica estandarizada y reconocida internacionalmente. Es así, como surgen las taxonomías conocidas como: La North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), que a lo largo del tiempo se han convertido en lenguajes propios de la enfermería (González y Monroy, 2016). Por su parte, Kerouak et al. (2016) mencionan que:

“En el caso de enfermería se ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar: el paradigma de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975), cada uno de ellos ha contribuido en el enfoque de tres generaciones.”

En ese sentido, a continuación, se describen las principales características de dichas generaciones:

En primer lugar, en relación con la primera generación del proceso enfermero se desarrolló a finales del paradigma de la categorización, es decir, entre 1950 y 1970. Tuvo dos orientaciones, la primera centrada en la salud pública la cual se caracteriza por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, principios que datan desde Nightingale quien argumentó que “el entorno provisto de aire fresco, limpieza, luz, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada eran factores que mejoraban el entorno y por ende la salud” (como se citó en González y Monroy, 2016).

Mientras que la segunda orientación está dirigida a la enfermedad, aquí se visualiza al individuo como un ser multifragmentario donde sus partes actúan de manera simultánea, incapaz de ejercer un autocuidado. La salud simplemente era la ausencia de la enfermedad y el cuidado era aquel proporcionado por personal de enfermería, quienes tenían habilidades que suplían los déficits del individuo. Durante este periodo Hall definió lo que hoy se conoce como el proceso enfermero (González y Monroy, 2016).

En segundo lugar, respecto a la segunda generación del proceso enfermero basada por el paradigma de la transformación (1970-1990), en este periodo de tiempo la enfermería consideraba la producción del fenómeno para poder comprenderlo y explicarlo. Este metaparadigma retoma a la persona como un ser integral formado por

la suma de sus partes y la interacción de estas entre sí, reconoce que la persona busca mantener su salud y bienestar; en esta etapa la salud adquiere una identidad propia y se sitúa como un estado ideal para el individuo, por lo tanto, el cuidado se orienta hacia una visión integral. Esta generación se caracteriza por centrarse en el diagnóstico, el razonamiento clínico y el actuar de enfermería enfocado en la persona (González y Monroy, 2016).

En tercer lugar, en relación con la tercera generación del proceso enfermero que surge a partir del año de 1990, se comienza a visualizar al profesional de enfermería como un individuo con la capacidad para aplicar habilidades críticas, metas cognoscitivas y de pensamiento crítico, este paradigma se centra en la complejidad ya que al desarrollar esas características; el cuidado se enfoca en el resultado. Este hecho establece una pauta para darle seguimiento a los cambios en el estado de salud del paciente de manera objetiva, y así desarrollar una estandarización en el cuidado plasmados en la segunda generación del proceso de enfermería (González y Monroy, 2016).

Dado el enfoque de esta última generación en los resultados, se comprendió que además de los diagnósticos y las intervenciones, también era necesaria la creación de una clasificación, que documentara los resultados en el paciente, derivados de cada intervención, por ello, la característica fundamental de esta generación es el uso simultáneo de las taxonomías de enfermería NANDA, NOC y NIC, las cuales se han convertido en lenguajes reconocidos internacionalmente, que cumplen con criterios establecidos para considerarse como sistemas de clasificación que son aceptadas en el cuidado de enfermería (González y Monroy, 2016).

4.1.5 Etapas

El PE está constituido por cinco etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. En ese sentido, Reina (2010) las explica de la siguiente forma:

Valoración: Es la primera etapa del proceso de enfermería, aquí se reúne la mayor información posible, estima el estado del usuario, familia y comunidad; incluye la recogida de datos, organización y validación, por lo tanto, es un proceso continuo

que se realiza durante todas las fases del proceso con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el usuario. Entre los métodos empleados para la valoración se ubican los siguientes:

- Observación: reúne los datos utilizando los sentidos, se pueden utilizar en el siguiente orden: signos clínicos del cliente, amenazas de su seguridad real o potencial, presencia y funcionamiento del equipo asociado y el entorno inmediato incluyendo a personas.
- La entrevista: labor compleja que requiere de habilidades en comunicación tiene como propósito dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento terapéutico. Los tipos de entrevista son: Dirigida y no dirigida.
- Exploración física: es un método sistemático de recogida de datos, requiere de la inspección, observación, palpación, percusión y auscultación. Para la recolección de datos requiere de la historia y la exploración física de enfermería (Reina, 2010).

Cabe destacar que durante la valoración se recogen cuatro tipos de datos: los subjetivos (signos y síntomas no vistos), los objetivos (toda información que se mide), los históricos (hechos del pasado) y los actuales (estos son el foco de atención). Además, el registro de datos debe incluir todos los obtenidos sobre el estado de salud del usuario. Para poder validar la información obtenida se debe procurar no realizar interpretaciones erróneas, y se logra mediante la certeza y complejidad de los datos (Reina, 2010).

Diagnóstico: Es la segunda etapa del proceso, aquí se identifican los problemas reales y potenciales de la disciplina, además, de ser responsable de la predicción, prevención y tratamiento de forma independiente; describe las respuestas humanas, el diagnóstico médico es el juicio clínico de la respuesta fisiopatológica del individuo. En otras palabras, el diagnóstico describe la situación en la que se encuentra el sujeto permitiendo la elaboración de un plan de cuidados. Para llegar al diagnóstico se requieren cuatro pasos: el razonamiento diagnóstico (pensamiento crítico) forma de diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes, (juicio

clínico), la validación confirma la precisión de los diagnósticos enfermeros y el registro de diagnósticos enfermeros (documentación). Existen diferentes tipos de diagnósticos de enfermería:

- Diagnósticos reales: problemas presentes signos y síntomas.
 - Diagnósticos de riesgo: problema posible, no presente en la actualidad.
 - Diagnósticos posibles: existen señales que prevé, sugerir un posible problema.
- Diagnósticos de salud o bienestar: identifica situaciones de salud (Reina, 2010).

Planificación: Es la tercera etapa, se caracteriza por ser continuada ya que trabaja con el paciente y permite identificar nueva información, aquí se evalúan las respuestas del paciente y se individualiza el plan de cuidados. Las actividades del proceso son:

- Priorización: se asignan prioridades sobre la base del diagnóstico de enfermería, siguiendo las necesidades de Maslow y Kalish.
- Objetivos: permite dirigir las acciones de enfermería para solucionar los problemas de salud encontrados.
- Establecer estrategias: son actividades de enfermería relacionadas con el diagnóstico enfermero, y pueden ser independientes, derivadas o interdependientes.
- Documentación del plan de cuidados: permiten guiar intervenciones de enfermería para registrar resultados alcanzados (Reina, 2010).

Ejecución: Es cuarta etapa del proceso, es propiamente la puesta en marcha del plan de cuidados se requiere de habilidades cognitivas o intelectuales, interpersonales, técnicas y manuales para su ejecución y evaluación (Reina, 2010).

Evaluación: Es la última etapa del proceso de enfermería, por ello, es aquí donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería; es continua y formal por lo que está presente en todas las etapas (Reina, 2010).

4.2 Taxonomía NANDA, NIC, NOC

La taxonomía se define como un sistema para nombrar y organizar cosas en grupos que comparten cualidades similares. De esa manera, una vez determinado el concepto de taxonomía, se procede a explicar cuáles se retoman en la disciplina de la Enfermería:

4.2.1. Nursing Interventions Classification(NANDA)

Nursing Interventions Classification NANDA es una organización profesional americana diseñada para documentar un alcance holístico de la practica llamada diagnostico enfermero. En el 2002 esta visión abrió una nueva puerta a la taxonomía y se establece una organización profesional ahora conocida como NANDA Internacional, esta es una red mundial de profesionales de enfermería, cuyo propósito es definir, promover y trabajar para que se implante la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería (NANDA Internacional, 1986/2019).

Siguiendo esta línea, en 1970 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) incluye los diagnósticos de enfermería en los estándares de la práctica de esta disciplina, reconociéndolos así oficialmente. Posteriormente, en 1973 se crea un grupo de trabajo fundado por Kristine Gebbie y Mary Ann Lavín, con el objetivo de realizar una clasificación de los diagnósticos de enfermería, donde la Dra. Marjory Gordon ejerce de presidenta del grupo de trabajo de la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería (NANDA Internacional, 1986/2019).

En 1974, se publicaron las primeras actividades de la conferencia semestral editadas por Gebbie y Lavín; en 1977 se inició el grupo de trabajo teórico impulsado por la enfermera Callista Roy pero no fue sino hasta 1982 cuando la enfermería moderna (Roy, Orem, King, Newman, Rogers) presenta un marco de organización para los diagnósticos enfermeros, denominados Patrones del Hombre Unitario. No obstante, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), surge en el año de 1982 con la incorporación de miembros estadounidenses y canadienses. Por ello,

la ANA establece un comité de dirección sobre la clasificación del fenómeno de la Práctica de Enfermería (NANDA Internacional, 1986/2019).

En la década de los años 80 se establecen los criterios oficiales para la revisión e inclusión de los diagnósticos de enfermería en la Taxonomía I. En 1987 NANDA y ANA elaboraron un modelo para colaborar y respaldar el desarrollo de los diagnósticos de enfermería, en este año se publica la Taxonomía I estructurada para reflejar modelos teóricos de enfermería (NANDA Internacional, 1986/2019).

Cabe mencionar, que en 1997 tiene lugar la primera reunión conjunta de la NANDA, la NIC y la NOC. En 2002 la Taxonomía II se adaptó al marco de valoración de patrones funcionales de salud de la Dra. Gordon, el cual consta de tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Esta estructura proporciona estabilidad, crecimiento y desarrollo de la estructura de clasificación al evitar la necesidad de cambiar los códigos al agregar nuevos diagnósticos (NANDA Internacional, 1986/2019).

En resumen, la terminología NANDA-I es un lenguaje enfermero reconocido que cumple con los criterios establecidos por el comité para la infraestructura de información de la práctica de Enfermería (CNPII) de la Asociación Americana de Enfermería (ANA). Por lo tanto, los diagnósticos son conceptos construidos mediante un sistema multiaxial, con el objetivo de dar respuesta a una problemática presentada por la persona, familia o comunidad; este se construye a través del núcleo del diagnóstico, el sujeto del diagnóstico y el juicio (ejes). La etiqueta diagnóstica corresponde a la respuesta humana de la persona, familia o comunidad, los factores relacionados y las características definitorias, o sus factores de riesgo determinan el tipo de diagnóstico que se presenta: diagnóstico enfocado en el problema, de riesgo o de promoción a la salud (NANDA Internacional, 1986/2019).

4.2.2. *Nursig Interventions Classification (NIC)*

La Nursing Interventions Classification (NIC) se fundó en 1987, su primera edición surge en el año de 1992 pero posteriormente se realizaron algunas actualizaciones en 1996, 2002, 2004, 2008 y 2013, donde Dochterman y Bulechek

han actuado como editoras en seis ediciones. El formato para las intervenciones es el mismo en todas las ediciones, cabe destacar, que cada intervención está compuesta por una etiqueta, una definición y una lista de actividades que sirven como guía para que el profesional de enfermería identifique y realice el cuidado en orden lógico y prioritario (Butcher et al., 1987/2018).

En otras palabras, la NIC es un lenguaje normalizado y exhaustivo donde se describen los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, resulta de gran utilidad en la planificación de los cuidados, la documentación clínica y la comunicación del cuidado en diferentes situaciones. La clasificación incluye las intervenciones con el objetivo de mejorar la condición del paciente, por ello, los cuidados pueden ser definidos como: dependientes (en colaboración con otros profesionales de la salud) e independientes, así como directos e indirectos (Butcher et al., 1987/2018).

En ese sentido, una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. La NIC se puede utilizar en todas las condiciones de salud del paciente, así como en cualquier especialidad, puesto que las intervenciones están diseñadas de manera integral, ya que abarcan el ámbito fisiológico y el psicosocial, además, de estar dirigidas para el tratamiento de la enfermedad, la prevención y el fomento de la salud; de forma general, la mayoría de las intervenciones se aplican de manera individual, sin embargo muchas de ellas se utilizan para la familia e incluso algunas se emplean en comunidad (Butcher et al., 1987/2018).

Actualmente, en la última edición (7 edición) se encuentran 565 intervenciones y aproximadamente 13.000 actividades, donde las denominaciones de las intervenciones están normalizadas, por tal motivo no deberán cambiarse al ser utilizadas; esto permite la comunicación entre diferentes situaciones y la comparación de resultados. Para fines de uso están agrupadas en 7 dominios y 30 clases (fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario, comunidad) (Butcher et al., 1987/2018).

En resumen, el uso de códigos en la taxonomía NIC favorece la manipulación sencilla de los datos, además, de permitir el uso de la información. Esta taxonomía está directamente relacionada con los diagnósticos enfermeros (NANDA) y la clasificación de resultados (NOC), puesto que los resultados e intervenciones se seleccionan a partir de un diagnóstico de enfermería concreto y la medición del resultado ya que este último se especifica antes de elegir la intervención (Butcher et al., 1987/2018).

4.2.3. Nursing Outcome Classification (NOC)

La *Nursing Outcome Classification* (NOC) fue desarrollada para ser usada con las clasificaciones de NANDA-I y NIC, proporciona la taxonomía para las etapas del proceso enfermero de identificación del resultado y la evaluación, así como los contenidos para el ítem de resultados del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (NMDS). La primera edición surge en el año de 1997 posteriormente en el año 2000, 2004, 2008, 2013 se publicaron ediciones ampliadas. Existen pocos marcos conceptuales para los resultados del paciente sensibles a la práctica de enfermería (Moorhead et al., 1991/2018).

El uso de la NOC es significativo a nivel global ya que se utiliza un lenguaje estandarizado para los diagnósticos, intervenciones y resultados. La taxonomía estandarizada de enfermería representa conceptos que describen fenómenos básicos de los que la disciplina de Enfermería es responsable como parte de su quehacer diario. Es así como el libro de la NOC presenta la terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente antes y después de la intervención (Moorhead et al., 1991/2018).

Cabe destacar, que cada resultado tiene una definición, una escala o escalas de medida, una lista de indicadores asociados, al concepto y una bibliografía de apoyo; los resultados están organizados en una taxonomía que facilita su identificación para su uso en la práctica. Además, para la medición del resultado se utiliza una escala tipo likert de cinco puntos para todos los resultados e indicadores, ya que esto proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la

variabilidad en el estado, conducta, o percepción descrita por el resultado. Entre las escalas más utilizadas se ubican las de tipo conductual y de conocimiento (Moorhead et al., 1991/2018).

Por lo tanto, al medir el resultado antes de intervenir el profesional de enfermería establece una puntuación general de resultado elegido al inicio, y puede observar la marcar la diferencia después de la intervención, con el objetivo de dar seguimiento a los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos. Dentro de los beneficios del uso de la NOC se enumeran los siguientes:

- Los niveles y las medidas denominan resultados comprensivos en respuesta a las intervenciones de enfermería.
- Define resultados enfocados al paciente que pueden usarse tanto por el personal de enfermería como por otro personal.
- Proporciona la información del resultado más específica que las medidas de estado de salud globales.
- Proporciona resultados identificables a largo, medio y corto plazo.
- Los usos de las escalas para medir resultados proporcionan la información cuantificable sobre los logros obtenidos por los pacientes en un sistema de los cuidados
- Facilita la identificación de factores de ajuste de riesgo para los grupos de la población.
- La interrelación que existe entre la NANDA, NIC, NOC determina la asociación entre el problema o estado actual del paciente, los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una intervención. Y la evaluación de los resultados por medio del NOC y la puntuación Diana (Moorhead et al., 1991/2018).

4.3 Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem

4.3.1. Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem fue una enfermera americana nacida en Baltimore, Maryland en el año de 1914. El Hospital School of Nursing acogió el inicio de su vida como enfermera en 1930, en el transcurso de su vida profesional realizó funciones asistenciales de enfermera clínica con experiencia quirúrgica, en pediatría y pacientes adultos. Dentro de las funciones administrativas que realizó destacan las de supervisora hospitalaria, docente y directora de la escuela de enfermería del departamento de enfermería en el Providence Hospital. Además, en su autobiografía resalta la publicación de su primer libro titulado "Nursing: Concepts of Practice". Cabe destacar, que la meta de Orem era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado (Orem, 1956)

Orem aportó el liderazgo intelectual con el desarrollo de la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado (TEDA), en dicha teoría ella visualiza a los individuos como seres dinámicos y unitarios que habitan sus entornos y están en proceso de conversión, además, de poseer libertad, voluntad y otras cualidades humanas esenciales (Orem, 1956). Su fundamento filosófico se basa en las contribuciones a la enfermería de Abdallah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otros; además, de apoyarse en autores de otras disciplinas como: Allport, Arnold, Barnard, Fromm, Harre, Macmurray, Maritain, Parsons, Plattel y Wallace. Tras su jubilación en 1984 continuó desarrollando la Teoría de Déficit de Autocuidado en Enfermería (TDAE). Finalmente, fallece a la edad de 92 años dejando un legado profesional para la ciencia en enfermería (Naranjo et al., 2017).

4.3.2. Conceptos meta paradigmáticos

Orem desarrolla una serie de conceptos base sobre los cuales se funda su teoría, por ello, es necesario conocerlos para poder ejecutar su aplicación de forma adecuada, a continuación, se describen:

- **Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral y dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (Raile y Marriner, 2018).
- **Salud:** Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (Raile y Marriner, 2018).
- **Enfermería:** Es un servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, en otras palabras, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (Raile y Marriner, 2018).
- **Entorno:** Aunque no lo define como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (Naranjo et al., 2017).

4.3.3. Teoría de Orem

La teoría del autocuidado describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; esta teoría responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas la cantidad y calidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad (Berbiglia, 2018).

La producción del autocuidado inicia a medida que los individuos generan acciones para cuidar de sí, influyendo en los factores internos y externos para

equilibrar su funcionamiento y desarrollo intrínseco, estas acciones se desarrollan en el ambiente habitual del individuo y en el contexto de su vida diaria. La idea central del mismo se inicia de manera voluntaria en el individuo; se describe como fenómeno activo que requiere de la razón personal para comprender su estado de salud y las habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado. La TDAE se expresa mediante tres teorías:

Teoría de sistemas enfermeros. Se constituye de sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad dirigido a personas con limitaciones asociadas a su salud, en el autocuidado o cuidado dependiente. Abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación (Raile y Marriner, 2018)

Teoría del déficit de autocuidado. La idea central impera en las necesidades de las personas que precisan de la enfermería, se asocian a la subjetividad de la madurez de las personas y manifiesta las limitaciones de sus acciones de salud y el cuidado de esta, puesto que el déficit de autocuidado expresa la relación existente entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado (Raile y Marriner, 2018)

Teoría de autocuidado. Es un sistema de acción, compuesto por acciones de autocuidado, demanda de autocuidado y actividad de autocuidado que ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones que podrían beneficiarse de la enfermería (Raile y Marriner, 2018)

4.3.4 Elementos conceptuales de la teoría

Entre los principales elementos conceptuales de la teoría de autocuidado de Orem se ubican los siguientes de acuerdo con (Raile y Marriner, 2018)

- **Autocuidado:** Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, para así continuar con el desarrollo personal y su bienestar.

- **Requisitos de autocuidado:** Consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo algunas circunstancias y condiciones específicas
- **Requisitos de autocuidado universales:** Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzar mediante el autocuidado tienen sus orígenes en lo que se conoce y se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital.

Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire; el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos; el mantenimiento de un aporte suficiente de agua; la provisión de cuidado asociado a los procesos de eliminación y excrementos; el mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso; el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad; la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- **Requisitos de autocuidado de desarrollo:** Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. Entre ellos se ubican: la provisión de condiciones que fomentan el desarrollo; la implicación en el autodesarrollo y la prevención de los efectos de las condiciones humanas y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades.

- **Necesidades de autocuidado terapéutico:** Describe los factores del paciente o del entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente. Además, de tener un alto grado de eficiencia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.
- **Actividades de autocuidado:** Es la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades cotidianas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.
- **Agente:** Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.
- **Agente de cuidado dependiente:** Es el adolescente o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, o que dependen socialmente de este, teniendo la función de regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.
- **Déficit de autocuidado:** Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer o cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.
- **Actividad enfermera:** Capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para poder actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.
- **Diseño enfermero:** Actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes con el objetivo de ofrecer

guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de metas.

- **Sistemas enfermeros:** Son las series y las secuencias de las acciones practicadas de forma deliberada de las enfermeras que actúan de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes.
- **Métodos de ayuda:** Es una serie secuencial de acciones que, de llevarse a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo (actuar o hacer por cuenta de otro, guiar y dirigir, ofrecer apoyo físico o psicológico, ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal, enseñar).

4.4. Fistula entero-cutánea

4.4.1 Conceptualización

La fístula entero-cutánea es la forma más común de las fístulas intestinales. Es una patología compleja que obliga la estancia hospitalaria prolongada debido a complicaciones como el desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición, desajustes metabólicos y sepsis. En otras palabras, es la comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel, con salida de fluidos gastrointestinales a través de la piel por más de 24 horas; en México la mortalidad por fístulas del aparato digestivo se encuentra entre 20 y 30% considerando todos los grupos etarios (Rodríguez, 2014).

4.4.2 Fisiopatología

Las fistulas entero-cutáneas de intestino delgado ocurren pos-cirugía, en el 75% a 85% de los casos son consecuentes de una dehiscencia de anastomosis, fallas en los sitios de restauración de enterotomías y como resultado de errores técnico-quirúrgicos, flujo de sangre deficiente, tensión de la anastomosis, obstrucciones distales, presencia de enfermedades y fallas en la cicatrización entre otras causas (Rodríguez, 2017).

Por ello, se clasifican según su localización y drenaje (volumen). Estos factores establecen el tratamiento y la tasa de morbimortalidad. En general cuanto más proximal (esófago, estómago, duodeno y yeyuno) se encuentra la fístula en el intestino, más grave resulta el problema, así como las pérdidas hidroelectrolíticas (Fernández, 2017).

4.4.3 Factores de riesgo

Dentro de los factores predisponentes para la aparición de una fístula postoperatoria se citan los siguientes

- **Malnutrición:** En los pacientes con fístula entero-cutánea postquirúrgica persiste el riesgo de desnutrición, esto aumenta la mortalidad, los niveles de albumina, transferrina, proteínas, lípidos, reflejan el grado de desnutrición presentado. El plan de soporte nutricional se inicia con la evaluación del estado nutricional y se personaliza de acuerdo a la condición del paciente, para ello se utilizan parámetros clínicos, antropométricos, analíticos e índices nutricionales (Martínez, 2021).

- **Inmunosupresión:** Como lo cita el diccionario médico (2010) es la supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración deliberada de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar el rechazo. También puede ser secundaria a procesos patológicos como inmunodeficiencias, tumores o malnutrición.

- **Sepsis:** Se define como sepsis abdominal a la respuesta sistémica ante un proceso infeccioso inicialmente localizado en los órganos de la cavidad abdominal, incluidos el epiplón y peritoneo. Esto conduce a una respuesta inflamatoria sistémica ante la invasión microbiana (Gorordo, 2020).

4.4.4. Diagnóstico

Es elemental considerar la presencia de fístula entero-cutánea ante la sospecha diagnóstica de un pos-operatorio complicado, por ello, existen diversos métodos para evidenciar la salida de contenido intestinal al exterior, este se manifiesta desde la

observación de salida del contenido a través de un drenaje o el aspecto del fluido saliente de una herida quirúrgica. La administración de azul de metileno por vía oral o por sonda nasogástrica es un método sencillo y barato que se puede hacer en la cama del paciente. Por su parte, los estudios de gabinete, como la fistulografía y la tomografía computada de abdomen y pelvis son de gran utilidad para evaluar la altura de la fistula, el trayecto, la permeabilidad distal y la presencia de colecciones. Esto es clave para determinar el tratamiento (Rappoport, 2019).

4.4.5. Tratamiento

Para llevar a cabo el tratamiento es necesario distinguir la fase inicial de compensación y la etapa de recuperación, con apoyo nutricional, farmacológico y un equipo multidisciplinario (GPC-BE, 2014). El manejo de las fistulas entero-cutáneas ha sido marcado por grandes hitos, por ejemplo: en 1950 se apostó por la reposición de hidroelectrolítica, el manejo quirúrgico imperó en los años 60, la nutrición artificial se hizo presente en la década de los 70, iniciando con nutrición parenteral para proceder con enteral y en ocasiones realizar la nutrición de modo mixto. La incorporación de bloqueadores H-2, los inhibidores de la bomba de protones, el uso de somatostatina y luego el análogo sintético ocreotide, han representado un avance significativo en el manejo conservador de este cuadro hasta la actualidad (Talé et al., 2015).

V. Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación

5.1 Valoración

Enseguida se aborda el caso de agencia de autocuidado de un padecimiento que parte de una complicación pos-operatoria, como lo es la presencia de fistula entero-cutánea presentada en LGG femenina de 33 años, cuyo estado de desarrollo es la adultez, ella manifiesta que su agencia de autocuidado hasta antes de presentar colecistitis y haber sido sometida a colecistectomía abierta fue sana.

Por tanto, las demandas de apoyo terapéutico identificadas fueron de apoyo en la higiene personal (baño diario, aseo bucal, lavado de manos antes y después de consumir alimentos), fisioterapia pulmonar, aplicación de medicamentos, aplicación y cuidados de la nutrición parenteral, apoyo en la movilización dentro y fuera de cama, cuidados de catéter venoso central, apoyo en la eliminación de desechos (micción y evacuación cuando se requiere la necesidad), así como control estricto de líquidos y manejo de la herida quirúrgica.

Dentro de la agencia de cuidado dependiente se identifica a usuaria que ingresa al servicio de cirugía general con un cuadro de abdomen agudo, en pos-operatorio inmediato de colecistectomía abierta dos semanas previas en clínica particular; por un lado, al momento de su ingreso se detectó paciente icterica con datos francos de sepsis abdominal (fiebre, dolor abdominal intenso, leucocitosis, taquicardia, diaforesis, hipotensión), en tras-operatorio de LAPE se encuentra cavidad séptica con materia fecal se realiza lavado quirúrgico y se deja herida abierta con bolsa de Bogotá colocada.

Por otro lado, al momento de la valoración se encuentra a usuaria con estancia prolongada de 180 días, datos francos de desnutrición (albumina de 1.5, pérdida de peso, pérdida de cabello, en piel zonas hiperpigmentadas en cara, codos, antebrazo) acompañada de momentos de tristeza y llanto dado a lo incierto de su porvenir. Dentro de la agencia de cuidado dependiente debido a lo complejo de su condición (proceso séptico más fistula entero-cutánea) se parte desde el manejo de la herida quirúrgica, el apoyo nutricio con alimentación enteral.

5.1.1 Factores condicionantes básicos

Edad: 33 años.

Sexo: Femenino.

Estado de desarrollo: Adultez, en la 4ta década de la vida con apariencia física igual a la cronológica, orientada en tiempo, lugar y espacio.

Estado de salud: Hasta antes de presentar CCL se refiere sana. A la valoración física después de una estancia hospitalaria prolongada se encuentra con herida quirúrgica abierta con salida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml apx. en 24 horas, campos pulmonares hipoaereados con presencia de estertores, refiere sentir dificultad para respirar y requiriere de apoyo de O2 binasal, saturación de oxígeno de 95%; el balance de líquidos se mantiene negativo con ingresos de 1800 y egresos de 4200 con flujos urinarios de 1500 en 24horas, con T/A de 120/60, pulso 140, temperatura de 39.7° y respiraciones 32 por minuto.

Orientación sociocultural: católica, con secundaria terminada.

Factores del sistema de cuidados: Inicia el padecimiento actual con cuadro de colecistitis aguda, siendo sometida a intervención de colecistectomía abierta, ingresa al servicio de cirugía general con un cuadro de abdomen agudo, en pos-operatorio inmediato de colecistectomía abierta dos semanas previas en clínica particular de Zinapécuaro Michoacán. Al momento de su ingreso se detectó paciente icterica con datos francos de sepsis abdominal (fiebre, dolor abdominal intenso, leucocitosis, taquicardia, diaforesis, hipotensión), en tras-operatorio de LAPE se encuentra cavidad séptica con materia fecal se realiza lavado quirúrgico y se deja herida abierta con bolsa de Bogotá colocada.

Factores del sistema familiar: Vive en unión libre, dedicada al hogar, es madre de tres hijos (mujer adolescente de 14 y dos varones de 11 y 7 años), sin datos heredo-familiares de importancia. Menciona que en casa su alimentación es a base de frijoles, tortillas, refresco, sopa, pollo, frutas y verduras, realizando tres comidas al día, no presenta problemas de masticación. Refiere el consumo de 2 litros de agua

diaria aproximadamente, sin presentar trastornos en la eliminación, evacua una vez al día sin problema. Refiere fumar de 2 a 3 cigarrillos diarios desde la edad de 16 años.

Patrón de vida: LGG de 33 años de edad con peso de 98 kilos, talla de 1.60cm, IMC de 38m², ama de casa, originaria y residente de Zinapécuaro Michoacán, con escolaridad primaria terminada y con una orientación católica.

Factores ambientales: Habita casa propia de ladrillo con dos habitaciones, un baño y cocina donde vive con su esposo e hijos, cuenta con todos los servicios básicos. Dentro de su entorno cuenta con áreas verdes, así como áreas deportivas, en el lugar se localiza una iglesia, tortillerías, carnicerías, abarrotes y tiendas de ropa.

Disponibilidad y adecuación de los recursos: No cuenta con IMSS o ISSSTE, por ello, para resolver su problemática de salud acude a clínica particular, para su complicación quirúrgica se vio en la necesidad de acudir a institución pública perteneciente a la Secretaria de Salud. El esposo y su madre costean los gastos generados por su enfermedad, esporádicamente la apoya un tío que vive en E.U.

5.1.2 Requisitos de autocuidado universales

Mantenimiento de un aporte de aire suficiente :T/A de 120/60, temperatura de 39.4, pulso de 140, respiraciones de 32x´y So2 95% con aporte de oxígeno de 3 litros por puntas nasales. Presencia de tos con abundante secreción hialina, campos pulmonares hipoventilados con presencia de estretores, refiere sentir dificultad para respirar y requerir el apoyo de O2 binasal. Cabe mencionar, que ha sido fumadora desde los 16 años y actualmente fuma de 2 a 3 cigarrillos por día.

Mantenimiento de un aporte de agua suficiente: Sol. Fisiológica 1000+3 ámpulas de KCL+1 SoMg p/24 Hrs; Kaviben 2000 calorías p/36 Hrs; Albumina de 1.5; consume 2 litros de agua aproximadamente; se observa con piel seca y mucosa oral deshidratada, con ligero edema de miembros inferiores.

Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes: En casa su alimentación es a base de frijoles, tortillas, refresco, sopa, pollo, frutas y verduras, realizando tres comidas al día, no presenta problemas de masticación. Actualmente se observa con

peso de 98 kilos y talla de 1.60, se encuentra con dieta blanda seca, presenta además pérdida del cabello y manchas hipercrómicas en cara y brazos.

Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación: Pérdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400 ml por día aprox.). El balance de líquidos se mantiene negativo con ingresos de 1800 y egresos de 4200, con flujos urinarios de 1500 en 24 horas. Diaforesis profusa. Evacua una vez al día sin problema.

Mantenimiento de equilibrio actividad y el descanso: Debilidad para la deambulación, manifiesta sentir dolor, inseguridad y temor de caerse, ya que observa la herida abierta con pérdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea. No relata hacer ejercicio

Mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad:

Dado a la estancia prolongada de la paciente, conoce a todo el personal del servicio de cirugía lleva buena relación con enfermería, psicología e intendencia; el día de su cumpleaños es festejada, se le autoriza el consumo de una rebanada pequeña de pastel

Previsión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: La paciente requiere de cuidado parcialmente compensatorio del equipo multidisciplinario de salud, ofertando cuidados para la prevención de infecciones, caídas y úlceras por presión entre otras.

Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal: Deprimida, con tendencia al llanto, expresa la necesidad de egreso ya que le preocupan sus hijos y el no contar con el recurso económico para solventar el gasto, pese a ello, tiene fe en su recuperación y egreso hospitalario en breve.

5.1.3 Requisitos de autocuidado y desarrollo

Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, hacia los niveles más altos de organización de las estructuras humanas y la madurez, durante las etapas

siguientes de la vida: Femenina de 33 años de edad, dedicada al hogar, vive en unión libre, madre de tres hijos, escolaridad primaria terminada, sin datos heredo-familiares de importancia para su estado actual. En su historia de vida ha sabido llevar las acciones necesarias para mantener y promover la salud ajustándose a cada etapa de sus procesos de desarrollo, al igual que ha desempeñado en cada una de ellas el rol que le corresponde, no se identifica déficit de autocuidado.

Previsión de cuidados asociados a los factores de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano: Se trata de paciente en condiciones críticas para su estado de salud, consiente, cooperadora al tratamiento a pesar de la estancia prolongada que conlleva su padecimiento, se requiere de un manejo multidisciplinar.

5.1.4 Requisitos de desviación de la salud

Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso: Se encuentra a paciente aparentemente sana, niega ser alérgica. Refiere padecer enfermedades leves como catarro común, pero previamente no había requerido de intervenciones quirúrgicas hasta el momento de presentar el cuadro de colecistitis, niega ser diabética e hipertensa. Su condición de salud actual es crítica ya que se han asociado más complicaciones como la presencia de neumonía asociada a la hospitalización prolongada.

Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos: Adherencia adecuada a los tratamientos proporcionados por el sector médico.

Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patologías: Requirió estudios de laboratorio y gabinete, cuando presento sus tres embarazos, así como al inicio de su condición de salud actual.

Tener conciencia y prestar atención a regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico: No se le han realizado transfusiones sanguíneas y no presenta alergias a algún medicamento y/o alimento.

Modificar el auto concepto y auto imagen: A su ingreso la paciente manifestó estar consciente de su condición de salud, la cual fue complicándose con el transcurso de los meses, en su aspecto físico se observa deprimida al observar abdomen con herida quirúrgica abierta con presencia de bolsa de Bogotá

Aprender a vivir con los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico: La paciente está consciente de su condición de salud y la complejidad de los cuidados que deberá llevar al momento de su ingreso, sin embargo, lo incierto de su porvenir la deprime y por ende, presenta crisis de llanto a lo largo del día.

5.2 Diagnósticos

A continuación, se muestra en la “Tabla 1” el cuadro deductivo de datos de la paciente con base al fundamento teórico que en este caso fue sustentado con la macro teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem, en conjunción con la clasificación de dominios y clases de la taxonomía de la NANDA II.

Tabla 1.

Cuadro de clasificación de datos

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría (requisito)	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía Dominio/clase
-Peso de 98 kilos y talla de 1.60 cm. -Dieta blanda seca. -Kaviben 2000 calorías p/36 Hrs. -Albumina de 1.5. -Pérdida de cabello y zonas hiperpigmentadas en cara y brazos.	<p>Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos</p> <p><i>Sistema parcialmente compensatorio</i></p>	Alterado el dominio 2: <i>nutrición</i> Clase 1: <i>ingestión</i> Concepto: <i>equilibrio nutricional</i>
-Pérdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml por día aprox.).	<p>Requisito de autocuidado: Mantenimiento hídrico entre el aporte y la</p>	Alterado el dominio 2: <i>nutrición</i> Clase 5: <i>hidratación</i>

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría (requisito)	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía Dominio/clase
-Balance de líquidos negativo ingresos de 1800 y egresos de 4200. -Flujos urinarios de 1500 en 24horas.	eliminación de líquidos <i>Sistema parcialmente compensatorio</i>	Concepto: <i>volumen de líquidos</i>
-Presencia de tos con abundante secreción hialina. -Campos pulmonares hipoventilados con estrectores. -Refiere sentir dificultad para respirar.	Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire <i>Sistema parcialmente compensatorio</i>	Alterado el dominio 11: <i>seguridad / protección</i> Clase 2: <i>lesión física</i> Concepto: <i>limpieza de las vías aéreas</i>
-Herida quirúrgica abierta con bolsa de Bogotá y presencia de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea.	Requisito de autocuidado: Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación. <i>Sistema parcialmente compensatorio</i>	Alterado el dominio 11: <i>seguridad y protección</i> Clase 2: <i>lesión física</i> Concepto: <i>recuperación quirúrgica</i>
-Debilidad para la deambulaci3n. -Siente dolor, inseguridad y temor de caerse.	Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y reposo <i>Sistema parcialmente compensatorio</i>	Alterado el dominio 11: <i>seguridad / protección</i> Clase 2: <i>lesión física</i> Concepto: <i>caídas</i>
-Deprimida con tendencia al llanto. -Expresa la necesidad de egreso ya que le preocupan sus hijos y el no contar con el recurso económico para solventar el gasto.	Requisito de autocuidado: Mantenimiento de su sistema de creencias <i>Sistema parcialmente compensatorio</i>	Alterado el dominio 9: <i>Afrontamiento/tolerancia al estrés</i> Clase 2: <i>respuesta al afrontamiento</i> Concepto: <i>respuestas al afrontamiento</i>

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019), en conjunción con los datos proporcionados por la usuaria y la teoría de Orem.

En seguida en la “Tabla 2” a la “Tabla 7” se presentan los principales diagnósticos definidos y seleccionados en base a las demandas de cuidado por parte de la agencia de autocuidado.

Tabla 2.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación del desequilibrio nutricional de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
<p>Diagnóstico I:(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas. Factores relacionados/ condiciones asociadas: Relacionado con ingesta insuficiente de alimentos como lo demuestra la caída excesiva de cabello, ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de mucosas y peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal. Características definitorias: Caída excesiva de pelo, tono muscular insuficiente, ingesta inferior a las necesidades recomendadas diarias y albumina 1.5g.</p>													
Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio 2: Nutrición Clase 1:Ingestión	<p>Resultado: (1004) <i>Estado nutricional</i></p> <p>Indicador: (100401) Ingesta de nutrientes (100402) Ingesta de alimentos (100403) Energía (100411) Hidratación (100408) Ingesta de líquidos</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Grave</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>(1200) Administración parenteral total:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar la vía central solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o hiperosmolares. Comprobar la solución de NTP para asegurar que se han incluido los nutrientes correctos según la prescripción. Mantener un flujo constante de la solución de NTP. 	<p>Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p>
1	Grave												
2	Sustancial												
3	Moderado												
4	Leve												
5	Ninguno												

Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>Resultado: (1009) Estado nutricional: Ingestión de nutrientes</p> <p>Indicador: (100911) Ingestión de sodio (100902) Ingestión proteica (100905) Ingestión de vitaminas (100906) Ingestión de minerales (100901) Ingestión calórica</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="443 1388 829 1696"> <tr> <td>1</td> <td>Inadecuado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ligeramente inadecuado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sustancialmente adecuado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Completamente adecuado</td> </tr> </table>	1	Inadecuado	2	Ligeramente inadecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar pasar rápidamente la solución de NPT que se ha retrasado. • Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NTP. • Mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NTP. <p>1100) Manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. • Ajustar la dieta según sea necesario. • Proporcionar alimentos con alto contenido proteico. • Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. 	<p>Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p>
1	Inadecuado												
2	Ligeramente inadecuado												
3	Moderadamente adecuado												
4	Sustancialmente adecuado												
5	Completamente adecuado												

Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
		<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la tendencia de pérdida y aumento de peso. 	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

Tabla 3.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación del riesgo de déficit de volumen de líquidos de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>Diagnóstico 2:(00028) Riego de déficit de volumen de líquidos. Definición: Susceptible a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial, y/o intracelular que puede poner en peligro la salud. Factores relacionados/ condiciones asociadas: Relacionado con pérdida de líquidos a través de vías normales. Características definitorias: Perdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml por día aprox.), balance de líquidos negativo ingresos de 1800 y egresos de 4200, flujos urinarios de 1500 en 24horas.</p>			
Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: Hidratación</p>	<p>Resultados: (0601) <i>Equilibrio hídrico</i></p> <p>Indicadores: (060116) Hidratación cutánea (060117) Humedad de membranas mucosas (060115) Sed (060107) Entradas y salidas diarias equilibradas (060122) Velocidad del pulso radial</p>	<p>(2080) Manejo de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presencia de signos y síntomas de deshidratación. Obtener muestras para el control de análisis de laboratorio. Mantener un ritmo adecuado de infusión. Vigilar los signos vitales según corresponda. 	<p>Puntuación Diana Mantener a: 1 Aumentar a: 3</p>

Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación																				
	<p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancialmente</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">Resultados: <i>0600Equilibrio acido-base</i></p> <p style="text-align: center;">Indicadores: Inquietud Frecuencia respiratoria Fatiga Debilidad muscular Albumina sérica</p> <p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>Gravemente</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancialmente</td></tr> <tr><td>3</td><td>Moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ninguno</td></tr> </table>	1	Gravemente	2	Sustancialmente	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	1	Gravemente	2	Sustancialmente	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico. • Observar si existe perdida de líquidos. • Instaurar medidas para controlar la perdida excesiva de líquidos. • Administrar liquido si está indicado. • Llevar un registro preciso de entradas y salidas. <p>(4130) Monitorización de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. • Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos. • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. • Monitorizar las entradas y salidas. • Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina según corresponda. • Monitorizar los niveles séricos de albumina y proteínas totales. 	<p style="text-align: center;">Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a: 4</p>
1	Gravemente																						
2	Sustancialmente																						
3	Moderado																						
4	Leve																						
5	Ninguno																						
1	Gravemente																						
2	Sustancialmente																						
3	Moderado																						
4	Leve																						
5	Ninguno																						

Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
		<ul style="list-style-type: none"> • Observar la mucosa, la turgencia de la piel y la sed. • Administrar líquidos según corresponda. Restringir y repartir la ingesta de líquidos según corresponda. 	

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

Tabla 4.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación de la limpieza ineficaz de las vías aéreas de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>Diagnóstico 3:(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. Factores relacionados/ condición asociada: Mucosidad excesiva, infección y sonidos respiratorios adventicios. Características definitorias: Presencia de tos con abundante secreción hialina, campos pulmonares hipoventilados con presencia de estrectores, refiere sentir dificultad para respirar y requerir el apoyo de O2 binasal y fiebre de 39.7°.</p>			
Dominio / Clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Dominio 11: Seguridad/ protección</p> <p>Clase 2: Limpieza de las vías aéreas</p>	<p>Resultados 0415Estado respiratorio</p> <p>Indicadores: (041501) Frecuencia respiratoria (041522) Sonidos respiratorios adventicios (041508) Saturación de oxígeno</p>	<p>(3390) Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable. • Colocar al paciente en forma que mejore la disnea. • Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o 	<p>Puntuación Diana Mantener a: 2 Aumentar a:5</p>

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>(041518) Diaforesis (041531) Tos</p> <p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="423 436 787 617"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Resultados: (1861) Conocimiento: <i>control de la infección.</i></p> <p style="text-align: center;">Indicadores: (184204) Signos y síntomas de la infección (184219) Seguimiento de la infección diagnosticada (184211) Signos y síntomas de exacerbación de la infección (184208) Actividades para aumentar la resistencia de la infección (184215) Efectos adversos de la medicación</p>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la saturación de oxígeno. • Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción. • Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases. • Enseñar técnicas de respiración según corresponda. • Observar si hay fatiga respiratoria. <p>(3786) Tratamiento de la hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. • Monitorizar los signos vitales • Administrar oxígeno, si es necesario. • Obtener los valores de laboratorio de los electrolitos séricos. • Monitorizar la diuresis. • Monitorizar la gasometría arterial. • Monitorizar la temperatura corporal. 	<p style="text-align: center;">Puntuación Diana Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u></p>
1	Grave												
2	Sustancial												
3	Moderado												
4	Leve												
5	Ninguno												

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p align="center">Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Inadecuado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ligeramente inadecuado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sustancialmente adecuado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Completamente adecuado</td> </tr> </table>	1	Inadecuado	2	Ligeramente inadecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presencia de complicaciones. Instruir al paciente sobre los factores de riesgo de enfermedades relacionadas con el calor. 	
1	Inadecuado												
2	Ligeramente inadecuado												
3	Moderadamente adecuado												
4	Sustancialmente adecuado												
5	Completamente adecuado												

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

Tabla 5.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación del retraso en la recuperación quirúrgica de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>Diagnóstico 4: (00100) Retraso en la recuperación quirúrgica. Definición: Aumento del número de días del pos-operatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Factores relacionados/ condiciones asociadas: Malnutrición, contaminación del sitio quirúrgico y antecedentes de retraso en la curación de las heridas. Características definitorias: Herida quirúrgica abierta con bolsa de Bogotá y presencia de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea.</p>			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Dominio 11: Seguridad y apoyo</p> <p>Clase2: Recuperación quirúrgica</p>	<p>Resultados (1103) Curación de la herida por segunda intención</p> <p>Indicadores (110301) Granulación (110314) Fistulización (110317) Mal olor de la herida</p>	<p>(3660) Cuidados de las heridas: ausencia de la cicatrización</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, olor, color y tamaño. Medir el lecho de la herida según 	<p>Puntuación Diana Mantener a: <u>1</u> Aumentar a: <u>3</u></p>

Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>(110311) Piel macerada (110307) Eritema cutáneo</p> <p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Inadecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Ligeramente inadecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Sustancialmente adecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">Completamente adecuado</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Resultados 3209 Conocimiento: manejo de heridas</p> <p style="text-align: center;">Indicadores: (320901) Tipo de herida (320906) Signos y síntomas de infección (320923) Signos de dehiscencia de la herida (320915) Actividades de autocuidado para curar una herida abierta.</p>	1	Inadecuado	2	Ligeramente inadecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	<p>corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar cuidados de la fistula entero-cutánea si es necesario. • Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión según corresponda. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Colocar un dispositivo de drenaje según sea necesario. • Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda. • Remitir al dietista según corresponda. • Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. • Determinar el impacto que la fistula está teniendo en la calidad de vida. <p>(1200) Administración de nutrición parenteral total</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la solución de NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción. • Asegurarse que las soluciones infundidas de NTP por un catéter no 	<p style="text-align: center;">Puntuación Diana Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>4</u></p>
1	Inadecuado												
2	Ligeramente inadecuado												
3	Moderadamente adecuado												
4	Sustancialmente adecuado												
5	Completamente adecuado												

Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>(320927) Beneficios de una dieta saludable</p> <p style="text-align: center;">Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="418 422 802 730"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">Inadecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Ligeramente inadecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">Sustancialmente adecuado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">Completamente adecuado</td> </tr> </table>	1	Inadecuado	2	Ligeramente inadecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	<p>central se limitan a una osmolaridad menor de 900 mOsm/l.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT. • Evitar pasar rápidamente la solución de NTP que se ha retrasado. • Mantener una pequeña ingesta nutricional oral • Controlar los signos vitales. • Controlar las entradas y salidas. • Vigilar niveles de albumina, proteínas totales, electrolitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico. 	
1	Inadecuado												
2	Ligeramente inadecuado												
3	Moderadamente adecuado												
4	Sustancialmente adecuado												
5	Completamente adecuado												

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

Tabla 6.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación del riesgo de caídas de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA
<p>Diagnóstico 5: (00155) Riesgo de caídas relacionado con la presencia de factores fisiológicos, estado posoperatorio y deterioro del equilibrio</p> <p>Definición: Susceptible a un aumento de las caídas que pueden causar daño físico y que puede comprometer la salud.</p> <p>Factores relacionados: Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores y debilidad para la deambulacion.</p> <p>Características definitorias: Siente dolor, inseguridad y temor de caerse.</p>

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
<p>Dominio 11: Seguridad/protección</p> <p>Clase2: Lesión física</p>	<p>Resultados: (1007) Estado nutricional: Energía</p> <p>Indicadores: (100703) Fuerza al apretar la mano (100708) Tono muscular (100704) Curación tisular (100702) Resistencia a la infección (100701) Energía</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="423 730 800 909"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>(6490) Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda. • Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas. • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. • Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento. • Mantener los barandales de la cama en alto. • Disponer una vigilancia estrecha. • Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad del riesgo. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones 	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener a: 2</p> <p>Aumentar a: 4</p>
1	Grave												
2	Sustancial												
3	Moderado												
4	Leve												
5	Ninguno												

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>Resultados: (0802) Signos vitales</p> <p>Indicadores: (080206) Presión arterial sistólica (080201) Temperatura corporal (080203) Frecuencia del pulso radial (080210) Ritmo respiratorio (080209) Presión del pulso</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="423 722 800 898"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>(1920) Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. • Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia. • Monitorear la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Monitorizar la oximetría. • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Monitorear si hay cianosis distal y periférica. • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos. • Monitorear la presencia y calidad de los pulsos. • Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. 	<p>Puntuación Diana Mantener a: <u>2</u> Aumentar a: <u>5</u></p>
1	Grave												
2	Sustancial												
3	Moderado												
4	Leve												
5	Ninguno												

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

Tabla 7.

Diagnóstico, intervención, resultados y evaluación del riesgo de impotencia de la usuaria.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
<p>Diagnóstico 6:(00152) Riesgo de impotencia, relacionado con la trayectoria impredecible de la enfermedad y la precariedad económica. Definición: Susceptible a percibir una experiencia de falta de control sobre una situación que puede comprometer la salud, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente el resultado. Factores relacionados/Condiciones asociadas: baja autoestima, apoyo social insuficiente, conocimiento insuficiente para manejar la situación y precariedad económica. Características definitorias: Expresa la necesidad de egreso ya que le preocupan sus hijos y el no contar con el recurso económico para solventar el gasto. Además, de estar deprimida con tendencia al llanto.</p>													
Dominio / Clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p>Clase2:Respuestas de afrontamiento</p>	<p>Resultados: (1210) Nivel de miedo</p> <p>Indicadores: (121002) Tendencia a culpar a los demás (121005) Inquietud (121007) Explosiones de ira (121031) Temor verbalizado (121013) Preocupación por sucesos vitales</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">Grave</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">Sustancial</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">Moderado</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">Leve</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">Ninguno</td></tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específica. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología: según cada caso. • Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. 	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener a: 1 Aumentar a: 5</p>
1	Grave												
2	Sustancial												
3	Moderado												
4	Leve												
5	Ninguno												

Dominio / Clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
	<p>Resultados: (1803) <i>Conocimiento: proceso de la enfermedad</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir el proceso de la enfermedad según corresponda. • Identificar las etiologías posibles, según corresponda. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. • Comentar las opciones de terapia/tratamiento. • Describir las posibles complicaciones crónicas según corresponda. • Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados. • Explorar recursos/apoyo posible según el caso. <p>(5270) Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. 	<p>Puntuación Diana Mantener a: 1 Aumentar a: 5</p>

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
	<p>Indicadores: (180302) Características de la enfermedad (180305) Efectos fisiológicos de la enfermedad (180307) Curso habitual de la enfermedad (180313) Efecto psicossocial de la enfermedad sobre uno mismo y la familia (180315) Beneficios del control de la enfermedad</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1" data-bbox="529 856 854 1167"> <tr> <td>1</td> <td>Inadecuado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ligeramente inadecuado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sustancialmente adecuado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Completamente adecuado</td> </tr> </table>	1	Inadecuado	2	Ligeramente inadecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	5	Completamente adecuado	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. • Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. • Identificar la función de la ira, la frustración, y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 	
1	Inadecuado												
2	Ligeramente inadecuado												
3	Moderadamente adecuado												
4	Sustancialmente adecuado												
5	Completamente adecuado												

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2018); Moorhead et al. (1991/2018).

5.3 Planeación

Para la planeación (tercera etapa del PE), se realizan diversas estrategias para prevenir, corregir o minimizar los problemas detectados en la etapa del diagnóstico, estas se realizan a través de VOS (ver, oír y sentir), y relacionadas con el examen físico riguroso (palpación, percusión, auscultación, inspección), realizado antes y después de las intervenciones ejecutadas al paciente. En la “Tabla 8” se encuentra el cuadro de la planeación.

Tabla 8.

Planeación del PCP de la paciente

Diagnóstico	Objetivo	Manifestaciones clínicas	Razonamiento científico	Estrategias de cuidado
(00002) <i>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</i>	Determinar el aporte calórico diario para poder cubrir las necesidades energéticas diarias de la paciente.	Caída excesiva de pelo, tono muscular insuficiente, ingesta inferior a las necesidades recomendadas diarias y albumina 1.5g.	La evaluación nutricional deberá realizarse en el momento en que se hace el diagnóstico de fistula entero-cutánea. En caso de que el paciente no se encuentre desnutrido en dicho momento, deberán realizarse evaluaciones nutricionales periódicas, ya que los pacientes con	A través de la observación realizar una inspección minuciosa. Además, de realizar la fórmula de Harris-Benedict en conjunto con el servicio de nutrición y llevar un registro del aporte calórico diario.

Diagnóstico	Objetivo	Manifestaciones clínicas	Razonamiento científico	Estrategias de cuidado
			<p>fístulas tienen una alta probabilidad de desnutrirse debido a la mal absorción de nutrientes, la pérdida de líquidos y electrolitos, y la sepsis. (Díaz et al, 2020)</p>	
<p>(00028) <i>Riego de déficit de volumen de líquidos</i></p>	<p>Evaluar los ingresos, egresos y pérdidas insensibles para poder realizar un estricto control de líquidos.</p>	<p>Perdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml por día aprox.), balance de líquidos negativo (ingresos de 1800 y egresos de 4200) y flujos urinarios de 1500 en 24horas.</p>	<p>La hipocalcemia es el déficit electrolítico más frecuente por lo que la correcta reposición debe de realizarse con suero salino isotónico y suplementos de potasio. Es necesario realizar mediciones seriadas de los electrolitos en suero para su correcta reposición. En fístulas de alto débito, debe tenerse en cuenta el débito exacto de la misma, para realizar una correcta administración de fluidos. (Durán et al., 2019).</p>	<p>Por medio de la observación e inspección se considerará la realización de un balance de líquidos estricto tomando en cuenta los ingresos y egresos del paciente, así como las pérdidas insensibles.</p>

Diagnóstico	Objetivo	Manifestaciones clínicas	Razonamiento científico	Estrategias de cuidado
(00031) <i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</i>		Presencia de tos con abundante secreción hialina, campos pulmonares hipoventilados con presencia de estrectores, refiere sentir dificultad para respirar y requiere el apoyo de O2 binasal, fiebre de 39.7°.	“Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener permeables las vías aéreas” (NANDA Internacional, 2021).	A través de la auscultación, la escucha a distancia y la inspección se valora la presencia de estrectores en los campos pulmonares.
(00100) <i>Retraso en la recuperación quirúrgica</i>	Observar el proceso de cicatrización de la herida y las características de la misma incluidos los datos de infección, además, de mantener una vigilancia estrecha.	Herida quirúrgica abierta con bolsa de Bogotá y presencia de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea.	“En ocasiones la fístula se asocia a la aparición de abscesos intraabdominales como consecuencia de una perforación gastrointestinal; otras veces existe un importante componente de celulitis asociado a la fístula” (Durán et al., 2019).	Con la palpación e inspección se observa el estado de la herida quirúrgica, de ser necesario proceder a cultivo de la misma y antibiograma.
(00155) <i>Riesgo de caídas</i>	Equilibrar los factores de riesgo para la presencia de caídas en la paciente.	Siente dolor, inseguridad y temor de caerse.	“Las caídas se encuentran dentro del grupo de efectos adversos de la asistencia sanitaria, ya que se trata de	Escuchar las necesidades del paciente y apoyarlo para la marcha.

Diagnóstico	Objetivo	Manifestaciones clínicas	Razonamiento científico	Estrategias de cuidado
(00152) <i>Riesgo de impotencia</i>	Identificar los sentimientos de la paciente y permitirle expresarlos.	Expresa la necesidad de egreso ya que le preocupan sus hijos y el no contar con el recurso económico para solventar el gasto.	un daño, lesión o complicación que acontece durante el proceso asistencial” (Núñez y Váscquez, 2015). La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán. (Mishel, 1988).	Ayudarlo a expresar sus emociones, si es necesario tomarlo de la mano y ofrecerle compañía.

5.4 Ejecución y evaluación

A continuación, se describe la manera en que se realizó la etapa de ejecución y evaluación de cada uno de los diagnósticos identificados en la usuaria, priorizando las necesidades presentadas por la misma y el desarrollo de las intervenciones de enfermería.

Diagnóstico, intervención y resultados 1: (00002) relacionados con el desequilibrio nutricional, ya que la ingesta de alimentos de la usuaria fue inferior a las necesidades, como lo demuestra la caída excesiva de cabello, ingesta de alimentos inferior a las cantidades diarias recomendadas, palidez de las mucosas, peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal, tono muscular insuficiente y la albumina 1.5g.

Por ello, las intervenciones realizadas consistieron en la administración parenteral total / manejo de la nutrición. En ese sentido, se realizaron actividades como: utilizar la vía central solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o hiperosmolares, mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central según el protocolo del centro, comprobar la solución de NTP para asegurar que se han incluido los nutrientes correctos según la prescripción, mantener un flujo constante de la solución de NTP, evitar pasar rápidamente la solución de NPT que se ha retrasado, informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NTP, mantener las precauciones universales y mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NTP.

Por tanto, la evaluación consistió que dentro de las intervenciones independientes de enfermería se abordará a la paciente y se le invitará al consumo de una dieta seca, explicándole la importancia que tiene la nutrición en el manejo de la enfermedad, a pesar de mostrar cierta renuencia al consumo de alimentos se logró mantener la ingestión de nutrientes aunado a la ministración de nutrición parenteral; con esto se logró el objetivo de mantener a2 y aumentar a 5 según la puntuación Diana.

Diagnóstico, intervención y resultados 2: (00028) basados en el riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C o alteraciones que afectan el aporte de líquidos,

pérdida importante del volumen de líquidos, pérdida de líquido intestinal a través de fistula entero-cutánea (2400ml por día aprox.), balance de líquidos negativo ingresos de 1800 y egresos de 4200, y flujos urinarios de 1500 en 24horas.

En ese sentido, las intervenciones que se realizaron consistieron en el manejo y monitorización de líquidos, por ende, entre las principales actividades ejecutadas se encuentran las siguientes: monitorizar la presencia de signos y síntomas de deshidratación, obtener muestras para el control de análisis de laboratorio, mantener un ritmo adecuado de infusión, vigilar los signos vitales según corresponda, observar si hay manifestaciones de desequilibrio hidroelectrolítico, observar si existe pérdida de líquidos, instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de líquidos, administrar liquido si está indicado y llevar un registro preciso de entradas y salidas

De ese modo, la evaluación consistió en lograr un manejo efectivo de líquidos en la paciente, además, de proceder a realizar un balance estricto de líquidos sin dejar pasar desapercibidas las perdidas insensibles (sudor, respiración y exposición de la herida). Por tanto, se requiere del trabajo conjunto con la paciente para que se notifiquen las ingestas de agua que realice. Sin embargo, dado al alto gasto drenado por la fistula es imposible alcanzar un balance neutro con intervenciones independientes de enfermería, por tal motivo el objetivo no se logra sobre mantener a 2 aumentar a5 según la puntuación Diana.

Diagnóstico, intervención y resultados 3: (00031) consistente en la limpieza ineficaz de las vías aéreas, R/C mucosidad excesiva y retención de las secreciones, C/D alteración del patrón respiratorio, disnea y sonidos respiratorios adventicio. Por ende, las intervenciones consistieron en ayudar en la ventilación y el control de las infecciones.

Es así, como entre las principales actividades desarrolladas como parte de la intervención se ejecutaron las siguientes: mantener una vía aérea permeable, colocar al paciente en forma que mejore la disnea, auscultar los ruidos respiratorios, monitorizar la saturación de oxígeno, iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción, administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que

favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases, así como el enseñar técnicas de respiración según corresponda

Por ello, para mantener el requisito de autocuidado y lograr una vía aérea permeable, se procedió a escuchar los campos pulmonares los cuales se auscultan con hipoventilación basal y abundantes estretores bronquiales, se tomaron además los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno; donde se percató la presencia de desaturación, para ello, se procede a realizar cuidados independientes como brindar fisioterapia pulmonar y colocar aporte extra de oxígeno, combinando el manejo con acciones dependientes como el suministro de broncodilatador a través de micronebulizaciones y la aplicación de antibióticos. De ese modo, la evaluación de acuerdo con la puntuación diana de mantener a 2 y aumentar a 5 se logró.

Diagnóstico, intervención y resultados 4: (00100) relacionado con el retraso en la recuperación quirúrgica por la malnutrición, contaminación del sitio quirúrgico como lo demuestra la presencia de herida quirúrgica abierta, con bolsa de Bogotá colocada y presencia de fistula entero-cutánea. Por ello, las intervenciones se basaron en el cuidado de las heridas: ausencia de la cicatrización, y manejo de la nutrición.

Entre las principales actividades brindadas en la intervención se encuentran: la administración parenteral total, cuidado de las heridas: ausencia de la cicatrización. Por tanto, se requirió monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, medir el lecho de la herida según corresponda, aplicar una crema adecuada en la piel/lesión según corresponda, enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida, mantener las precauciones universales y mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NTP

La evaluación en el requisito de autocuidado detectado se basó en la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación, en este sentido, se hizo el cuidado oportuno de las heridas con la monitorización de las características de la herida y el gasto drenado por la misma, se enseñó a los familiares los procedimientos del cuidado de la herida y la importancia que tiene la nutrición para un proceso efectivo de cicatrización. Sin embargo, debido a lo complejo del estado de la herida no se logró aumentar la puntuación Diana de 1 a 4, para lograr un estado óptimo.

Diagnóstico, intervención y resultados 5: (00155) basado en el riesgo de caídas relacionado con la presencia de factores fisiológicos, estado posoperatorio y deterioro del equilibrio (Dolor, inseguridad y temor de caerse). Por ende, la intervención consistió en la prevención de caídas y monitorización de los signos vitales.

De esa manera, las actividades realizadas consistieron en la administración parenteral total y el manejo de la nutrición, por ello, fue necesario preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas, controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular, compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento, mantener los barandales de la cama en alto, disponer una vigilancia estrecha y colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad del riesgo.

Por tanto, para fortalecer la seguridad de la paciente, se contó con el apoyo del área de la Psicología, al abordarla y tener una charla previa se logró que se sentara ella sola en la orilla de la cama y deambulara por el servicio con apoyo del personal y la familia cuando estaba presente; se mantuvo en vigilancia estrecha. Finalmente, se logró aumentar la puntuación Diana de 2 a 4.

Diagnóstico, intervención y resultados 6: (00152) basado en el riesgo de impotencia, relacionado con la trayectoria impredecible de la enfermedad, la precariedad económica (deprimida, con tendencia al llanto) y la soledad. Por ello, la intervención consistió en el apoyo emocional y en la toma de decisiones, así como la enseñanza sobre el proceso de la enfermedad.

Por ende, las actividades fueron comentar la experiencia emocional con el paciente, proporcionar apoyo durante la negación, ira, ansiedad, tristeza, revisar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología: según cada caso, revisar el conocimiento del paciente sobre su afección, describir el proceso de la enfermedad según corresponda e identificar las etiologías posibles, según corresponda.

La evaluación se realizó a través del requerimiento de autocuidado, donde se destaca el mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social, para ello, se brindó apoyo emocional a la paciente al explicar en forma sencilla el proceso de recuperación en que se encuentra, haciendo sentir a la paciente que al brindar los cuidados de enfermería se contribuye a la salud y bienestar de la persona. Se contó con el apoyo del área de Psicología y Psiquiatría para el manejo de las emociones y la depresión. El objetivo era mantener a 2 y aumentar a 5 en la puntuación Diana.

VI. Resultados

Al abordar el caso de agencia de autocuidado en una condición compleja presentada en LGG de 33 años, ingresada en el servicio de cirugía general, con estancia hospitalaria prolongada, el apoyo de agencia de cuidado dependiente fue brindado por el profesional de enfermería, las demandas de apoyo terapéutico fueron: abdomen abierto con presencia de fistula entero-cutánea de alto gasto, deshidratación, diaforesis, fiebre, impotencia, limitación de la movilidad en cama y de ambulación, tos con expectoración hialina e hipoventiación en ambos pulmones.

Dentro del sistema parcialmente compensatorio posterior a la valoración integral de la usuaria se detectaron 6 diagnósticos priorizados, procedidos de un plan de cuidados, se logró mantener la ingestión de nutrientes, así como la ministración de nutrición parenteral. De acuerdo a la propuesta de Orem se brindó cuidado compensatorio al atender el estado respiratorio de la paciente y mantener una vía aérea permeable, así como el equilibrio hídrico, con un cuidado oportuno de las heridas, sin pasar desapercibido el estado emocional.

De esta manera con las acciones y el cuidado del profesional de enfermería en vínculo con la usuaria se logró brindar un cuidado humanizado e integral. Partiendo de la Teoría de Orem y la sistematización del proceso enfermero.

VII. Conclusiones

El PCP realizado a la paciente con fistula entero-cutánea nos permite abordar el cuidado de manera integral, al ser una usuaria con estancia prolongada es complejo determinar un diagnóstico prioritario. Al sincronizar varios diagnósticos de enfermería en base a las necesidades reales y potenciales de la paciente se garantiza un cuidado de calidad, que asegura el bienestar de la misma.

La presencia de datos objetivos como la pérdida de líquido intestinal a través de la herida, así como la de datos subjetivos como la incertidumbre, permite al profesional de enfermería tener una visión integradora que contribuya a la práctica humanizada y coherente en su quehacer diario.

La finalidad del presente trabajo se centra en la descripción de intervenciones sustentadas en una metodología científica (NANDA, NIC, NOC) cumpliendo con los objetivos marcados en el presente plan de cuidados; Aportando a la comunidad de enfermería un lenguaje estandarizado para el manejo de esta condición, abordando la dimensión física y psicológica de la paciente.

Para concluir, la innovación del cuidado a partir del PE y la utilización de planes de cuidados exige que el profesional de enfermería atienda a la capacitación continua, ya que solo a través de esta se le permite adquirir habilidades dirigidas hacia una práctica organizada y dinámica, donde permeen las necesidades reales y potenciales del individuo.

Por tanto, es necesario visualizar el cuidado como una filosofía de vida por parte del profesional de la enfermería, con el objetivo de realizar el quehacer diario con amor, olvidando el cuidado rutinario y esto se logra a través de la documentación de intervenciones y actividades fundamentadas en las Taxonomías NANDA, NOC, NIC.

VIII. Sugerencias

Con base a lo descrito en el presente documento, se sugiere considerar la creación de planes de cuidado acordes a la condición de salud presentada por cada individuo (independientemente del diagnóstico del paciente), ya que esto dirige al profesional de la enfermería a brindar una atención personalizada e integral sin omitir el sentido humanista que caracteriza a la profesión.

Es menester la capacitación del profesional para el manejo de la taxonomía NANDA, NIC, NOC; además de involucrar las teorías de enfermería en el ámbito asistencial. Conjuntamente fomentar el pensamiento crítico en el cuidado.

Motivar al profesional de enfermería para la creación de planes de cuidado, ya que estos aportan a la profesión la oportunidad de brindar un cuidado óptimo, aunado a la evidencia científica.

Referencias

- (IGSS), I. G. (2014). *GPC-BE 49 "Manejo de las Fístulas"*.
file:///C:/Users/acer.000/Desktop/Proceso%20enfermero/GPC-BE-No-49-
Manejo-de-las-Fistulas-Enterocutaneas%20Autor%2010.pdf
- Berbiglia, V. A y Banfield, B, (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9ª ed.). Editorial Elsevier.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (Eds.). (1987/2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ª ed.). Elsevier
- Campoverde, L. M. y Chuquimarca, C. L. (2019). *Utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica pre-profesional de internos de enfermería de la Universidad de Cuenca* [Tesis de licenciatura], Universidad de Cuenca.
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32844/1/PROYECTO%20ODE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Clemente, U., Santes, O. y Morales, J. (2017). Fístulas enterocutáneas. *Revista Mexicana de Cirugía del aparato digestivo*, 6 (3), 120-12
<https://www.researchgate.net/publication/321288796>
- Díaz, J. I., Kumpf, V., Aguilar, J. E., Hall, A., McKeever, L., Steiger, E., Winkler, M. Y Compher, C. (2020). Guías Clínicas ASPEN-FELANPE: Terapia Nutricional en Pacientes Adultos con Fístulas Enterocutáneas. *Nutrición Hospitalaria*, 37(4), 875-885.<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03116>
- Durán, V.M., Tallón, L., Tinoco, J., Sánchez, A., Tamayo, M. J., Pareja, F. y Padilla, J. (2019). Actualización sobre el manejo de la fístula entero-cutánea y fístula enteroatmosférica. *Cirugía Andaluza*, 30(1), 40-47.
https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n1_06.pdf
- González, M.G. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. ELSEVIER
- M, M. H. (2014). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad . *Desarrollo del conocimiento de Enfermería* .
- Martínez, S., (2021) Relación entre la puntuación de control nutricional (CONUT) y duración de fistulas entero cutáneas postquirúrgicas [Tesis de especialidad]. Universidad Autónoma de Puebla.
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11837>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M y Maas, M. (Eds.). (1991/2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (6ª ed.). Elsevier
- NANDA Internacional. (1986/2019). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020* (11ª ed.). Elsevier
- Naranjo, Y., Concepción, J.A. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus*, 19(3), 89-100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Núñez, M. y Vásquez, R. (2015) *Protocolo para la prevención de caídas*.
<http://hgp.gob.ec/index.html/documentos/docacre/RIESGO%20DE%20CAIDA%20S%20ACTUAL%20Y%20CON%20INDICE.pdf>
- Orem, D.E. (1956). *Hospital nursing service: An analysis*. Report to the Division of Hospital and Institutional Services of the Indiana State Board of Health. Indianapolis: Division of Hospital and Institutional Services.
- Raile, M. y Marriner, A. (2018). *Modelos y Teorías en enfermería*. Elsevier
- Rappoport, S. (2019). *Fistulas entéricas*. <https://www.cirugiadocente.com/wp-content/uploads/2020/04/Fistula-final.pdf>
- Reina, N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Revista Umbral Científico*, 17(1), 18-23.

https://www.researchgate.net/publication/348928863_2010_Proceso_de_Atencion_de_Enfermeria_Instrumento_para_el_cuidado

Rodríguez, A. (2014). Terapia nutricia en fístula entero-cutánea; de la base fisiológica al tratamiento individualizado. *Nutrición hospitalaria en línea*, 29(1), 37-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30923166500>

Talé, L., Grageda, A., Sinibaldi, C., y Al, E. (2015). *Guía de manejo para las fistulas entero-cutaneas*. <http://pp.centramerica.com/pp/bancofotos/1519-28766.pdf>

Anexos

Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado de D. Orem

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

A) Características personales:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____

Religión _____ Idioma _____ Nivel Escolar _____

Ocupación _____ Sistema de salud que posee _____

Intereses, pasatiempos, actividades recreativas _____

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: _____ Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: _____ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: _____ Potable: _____ Luz eléctrica: _____ Drenaje: _____

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: _____ Recolección de basura: _____

Drenaje y alcantarillado: _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: _____

Adherencia a tratamiento médico SI ___ NO ___

Asiste a controles de salud SI ___ NO ___

Conoce en que consiste y las complicaciones de su patología SI ___ NO ___

Estado de salud: Grave: () Delicado () Estable: () Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace _____ De su casa al médico.

Estado del desarrollo ¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si () No () ¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES Mantenimiento del aporte suficiente de aire. Frecuencia respiratoria: _____ Llenado capilar: _____

Cianosis: Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña? Si () No () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

Tipo de respiración: Normal () Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: () Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular:()

Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: FC: Soplos: () Arritmias: () Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio: Si: () No: ()

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: ()

Piel: Seca: () Escamosa: () Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: () Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua: Si () No ()

Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día: Si () No ()

Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales: Especifique: _____

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso:_____ Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso: Si () No () Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas: Presenta algún problema en la mucosa oral: Si () No ()

Especifique: _____

Lengua en túnica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral () Leucoplaquia ()

Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: ()

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si () No () Cuál: Acidez () Nauseas ()

Vomito () Hematemesis () Disfagia () Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse: Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de nutrición: Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: ()

Gastroclisis: () Nutrición Parenteral ()

Qué tan frecuente come usted: 1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes
4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Derivados de la leche				
Cereales				
Verduras				

Fruta				
Huevo				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica () Hiperproteica () Otros:

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de: Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar. Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No () Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales: Café: () Acolia: () Melena: ()

Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Liquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de: Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción: Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical: Movilización: () Cateterismo vesical ()

Higiene () Otros: _____

Características de la micción: Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación: Si () No () Ocasional ()

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? <6 Hr () 6-8 Hr () 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño? Si () No ()

¿Desde cuándo? 1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas? Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de: Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: ()

Contracturas: () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición: Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar: Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales: Si () No () Especifique: _____

Utiliza lentes: Si () No () Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente? Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar: Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: _____

Razones que le impiden socializar: Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia: Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con: Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías: Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia? Si () No ()

Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico? Si () No ()

Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad? Si () No ()

Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva? Si () No ()

Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? Si () No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor () Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión () Cólera ()

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

¿Has recibido educación sexual?: Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual? _____

¿Está satisfecho con su vida sexual? Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad: Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo? Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude? Si () No ()

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No () Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____

Anexo 2: Diagrama de vinculación de la teoría con la enfermedad.

