

# TRABAJO FIN DE GRADO

## PLAN DE CUIDADOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CROHN Y TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

**LOURDES DIAZ DE TUESTA BERAZA**

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa- Universidad del País Vasco

Leioa, 1 de julio de 2015



## **RESUMEN**

La enfermedad de Crohn (EC) es un proceso inflamatorio crónico del aparato digestivo, principalmente de origen desconocido pero con factores genéticos y ambientales que aumentan el riesgo de padecerla. Algunas personas presentan períodos prolongados de remisión, que alternan con fases de actividad (brote), mientras que otros padecen síntomas continuos durante años a pesar de recibir un tratamiento adecuado.

Los signos y síntomas comunes incluyen dolor abdominal, diarrea, fiebre y pérdida de peso, pudiendo afectar a personas de cualquier edad, aunque la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes entre los 16 y los 40 años. No existe una "cura" para esta enfermedad, sin embargo, la terapia médica permite la remisión clínica de la patología y alivio de síntomas, aumentando la calidad de vida del paciente.

Actualmente se recurre a un nuevo grupo de fármacos conocidos como agentes biológicos, ante pacientes que no responden a tratamiento médico convencional, que se utilizan para inducir y/o mantener la remisión.

Siendo la EC una patología crónica que afecta a un número significativo de personas, cuya calidad de vida puede verse mermada profundamente, se propone un plan de cuidados individualizado (PCI) para un caso clínico de un paciente con la EC con el objetivo de fomentar la calidad de vida de estas personas. Este plan de cuidados se apoya en el modelo conceptual de Virginia Henderson (modelo de suplencia y ayuda) siguiendo una metodología enfermera (el proceso de atención de enfermería) y un lenguaje universal estandarizado mediante la interrelación de las taxonomías NANDA-I, NIC, NOC.

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn / tratamiento biológico / enfermería / cuidados / taxonomía.

# INDICE

## RESUMEN

<b>1. INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
GENERALES	
ESPECIFICOS	
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>5</b>
VALORACION.....	7
DIAGNOSTICO.....	8
PLANIFICACION.....	9
EJECUCION.....	10
EVALUACION.....	10
<b>4. DESARROLLO: Elaboración de plan de cuidados .....</b>	<b>10</b>
DESCRIPCION DEL CASO.....	11
RESULTADOS.....	15
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>26</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUCCION

La Enfermería es, sin duda alguna, parte relevante del sistema sanitario, no sólo por ser el colectivo más numeroso de los profesionales sanitarios, sino por ser su aportación fundamental en las nuevas tendencias asistenciales existentes dentro del sistema de salud. El progresivo envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida, la aparición de nuevas patologías y el aumento de enfermedades crónicas, hacen que la demanda de asistencia sanitaria y concretamente de cuidados de enfermería sea cada vez mayor. Éstos deben satisfacer las necesidades de salud del individuo y/o grupo<sup>1</sup>. Por lo tanto, la enfermera aplicará de forma efectiva los conocimientos adquiridos para abordar los problemas de salud y así conseguir la eficacia de los cuidados en la población a los que se van a aplicar<sup>2</sup>.

En este caso se desarrollará un Plan de Cuidados de Enfermería (PCE) en el ámbito de Atención Primaria para las personas con Enfermedad de Crohn (EC) y que se encuentran con tratamientos biológicos, llamados también anti-TNF (Factor de Necrosis Tumoral). Estos fármacos son creados a base de anticuerpos que se unen con moléculas para bloquear la inflamación.

Para la elaboración del Plan de Cuidados (PC) se toma como referencia el modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades fundamentales del ser humano. A través de este modelo se establecerá, desde una perspectiva enfermera, el grado de dependencia, independencia y autonomía de la persona con el fin de dar respuesta a las necesidades mediante los cuidados necesarios. El grado de dependencia hace referencia a los cuidados necesarios derivados de los problemas de salud en una situación en la que una o varias necesidades no están satisfechas, el grado de independencia se refiere a la salud y la autonomía a la capacidad de la persona para la realización de las actividades básicas diarias por ella misma<sup>1</sup>.

Virginia Henderson<sup>3</sup> define la función de enfermería como *“ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”*. Este modelo, es uno de los aplicados con mayor frecuencia y su uso puede estar justificado por ser fácil de adaptar y aplicar a las características del Sistema Nacional de Salud ya que utiliza una terminología de fácil comprensión<sup>1</sup>.

El proceso enfermero (PE), según Virginia Henderson sirve como “herramienta metodológica en la toma de decisiones clínicas de una manera racional, lógica y sistemática para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante la identificación de diagnósticos enfermeros, planteando resultados e intervenciones y utilizando planes de cuidados con las taxonomías NortAmerican Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Outcomes Classification (NOC), y la Nursing Interventions Classification (NIC)”<sup>1</sup>.

A fecha 3 de septiembre de 2010 se publicó el Real Decreto 1093/2010<sup>4</sup> por el que se aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud a nivel estatal, siendo en el año 2012 cuando mediante la publicación del *Decreto 38/2012*, de 13 de marzo<sup>5</sup>, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, se estableció en la Comunidad Autónoma Vasca la obligatoriedad de elaborar una historia clínica para toda persona enferma hospitalaria utilizando la taxonomía NANDA-I, NOC, NIC tal y como se recoge en el artículo 3 del mismo.

El uso de la metodología enfermera citada previamente sirve para unificar criterios y sistematizar cuidados que garanticen que el paciente, en este caso con Enfermedad de Crohn (EC) y tratamientos biológicos, reciba la mejor atención posible<sup>6</sup>.

Esta patología, de origen desconocido, se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria, crónica, con un probable factor autoinmune, gran influencia genética y sobre todo con un componente familiar elevado. Puede afectar a cualquier zona del aparato digestivo pero normalmente se suele localizar a nivel de colon, en la parte terminal del intestino delgado y en la región ano-perineal. Los síntomas suelen variar dependiendo de cada persona. En ocasiones pueden darse manifestaciones leves y en otros casos ser más graves e incapacitantes para la realización de actividades de la vida diaria. Entre los más comunes se encuentra dolor abdominal, diarreas con o sin moco, infecciones y a menudo fiebre<sup>7</sup>.

Algunos pacientes pueden presentar períodos de inactividad de la enfermedad (remisión) que alternan con fases de actividad (brote), mientras que otros tienen síntomas continuos (formas crónicas), a pesar de recibir un tratamiento correcto<sup>7</sup>.

La EC es más frecuente en países desarrollados y en clases altas, con una prevalencia de 50-200 casos/100.000 habitantes y una incidencia de los 6-15/100.000 casos al año, según un estudio del Hospital de Gijón<sup>8</sup> elaborado en el año 2006. Lo cierto es que existe una tendencia ascendente en la incidencia de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Debido principalmente al entorno ambiental y a los distintos estilos de vida (como el tabaco, estrés y dieta) que desempeñan un papel importante en la etiología de dicha enfermedad. Estos factores de riesgo serán algunos objetivos que dirijan nuestras actuaciones para la prevención e intervención de la EC tanto a nivel individual como colectivo<sup>9</sup>.

El tratamiento puede ser tanto médico como quirúrgico. En lo que se refiere al primero, comprende diferentes fármacos, los más comunes son los antiinflamatorios y los corticoides. El siguiente nivel lo constituyen los inmunosupresores que consiguen, en casos más graves, evitar el tratamiento continuado con corticoides, ya que tienen muchos efectos secundarios, sobre todo, en tratamientos a largo plazo. También existen los tratamientos biológicos anti TNF, entre ellos destaca el Infliximab<sup>1</sup> el fármaco más utilizado ya que se trata del primer tratamiento médico que ha conseguido el cierre de las fístulas asociadas con la enfermedad, y que consigue detener la inflamación en un porcentaje elevado de pacientes, no obstante ni sirve a todos ni es la curación. Se administra por vía intravenosa y estaría indicado en aquellos pacientes con enfermedad severa que no responden a terapias convencionales. Los pacientes en tratamiento con estos fármacos suelen necesitar cuidados especiales debido a las complicaciones derivadas de la inmunosupresión que producen, desde complicaciones infecciosas, trastornos autoinmunes hasta el riesgo de desarrollar cáncer o linfoma<sup>10</sup>.

Por último y no menos importante, constituye un gran problema de salud pública debido a que este tratamiento supone una sobrecarga económica para el sistema sanitario, ya que suele ser más caro que los medicamentos químicos convencionales y son utilizados a largo plazo o hasta la remisión clínica de la enfermedad.

En lo referente al tratamiento quirúrgico se emplea en las complicaciones

---

<sup>1</sup> **Infliximab:** Reduce la infiltración de células inflamatorias y la producción de TNF( factor de necrosis tumoral) en las zonas inflamadas del intestino, disminuyendo igualmente la expresión de las moléculas de adhesión  
Actúan contra sustancias inflamatorias específicas del cuerpo<sup>9</sup>.

( perforación, obstrucciones, fistulas, abscesos....) o cuando la enfermedad no se controla con tratamiento médico. Aproximadamente el 50% de los individuos afectados deben ser intervenidos quirúrgicamente en alguna ocasión<sup>9</sup>.

Después de conseguir el control de la fase aguda de la enfermedad, en general es necesario instaurar un tratamiento de mantenimiento. En general, es conveniente pautar un soporte nutricional adecuado, con dietas especiales ricas en proteínas o suplementos adicionales para evitar llegar a un estado de malnutrición. La nutrición enteral puede mejorar la calidad de vida en pacientes con EC ya que una nutrición correcta es vital en todas las fases de la enfermedad<sup>6</sup>.

Esta patología se manifiesta, a menudo, en adolescentes o adultos jóvenes y plantea un importante problema de Salud Publica debido a su prevalencia, cronicidad y gravedad. Se trata de una enfermedad de larga duración, que no suele constituir un riesgo vital, pero que puede alterar de forma importante la calidad de vida del paciente<sup>7</sup>

Por todo ello se requiere por parte de enfermería la elaboración de un Plan de Cuidados (PC), cuya finalidad será la aplicación sistemática e individualizada de los cuidados adaptados a las necesidades del paciente con EC, proporcionándole una atención sanitaria desde una perspectiva holística, es decir, considerando a la persona en su conjunto teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas, sociales así como a su familia y comunidad<sup>5</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

General:

- Fomentar la calidad de vida en personas afectadas de la Enfermedad de Crohn en tratamiento biológico anti TNF elaborando un plan de cuidados individualizados.

Específicos:

- Identificar, categorizar y priorizar distintos problemas (diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales) detectadas en un paciente enfermo de Crohn en Atención Primaria.
- Determinar los resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) relacionados con dichos problemas.
- Establecer cuidados que correspondan a los seguimientos bio-psico-sociales del paciente con esta patología.

## **3. METODOLOGIA**

Los profesionales de enfermería son responsables de prestar cuidados de calidad al paciente, apoyándose en un modelo de cuidados que les guíe y aplicando una metodología enfermera que establezca de forma clara la valoración de las necesidades del paciente con sus manifestaciones de dependencia e independencia, autonomía y detección de problemas. En la actualidad se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero mediante la utilización de las diferentes taxonomías NANDA-I, NOC, NIC, que facilita la comunicación interprofesional, permitiendo recopilar y analizar información para documentar la contribución a los cuidados de los pacientes, facilita la evaluación y mejora de los cuidados a través de la evaluación de resultados. Además, favorece el desarrollo del conocimiento enfermero, sirve de apoyo para desarrollar sistemas de información clínica electrónica reflejando así las etapas del proceso de la práctica enfermera<sup>11</sup>.

El modelo de Henderson en que se basa este plan de cuidados se trata de un modelo de tendencia humanista, en el que la enfermera sule o ayuda cuando la persona carece de fuerza, conocimiento y voluntad para lograr la independencia y autonomía del individuo. Se trata de un modelo ampliamente utilizado por su característica de sencillez y claridad<sup>3</sup>.

A través del Metaparadigma enfermero y la relación entre los conceptos de salud, cuidado, persona y entorno se desarrollará la profesión de la enfermera para el abordaje terapéutico con la valoración del citado modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y la realización de los cuidados al aplicar el PAE<sup>3</sup>.

El modelo de Virginia Henderson<sup>3</sup> basado en 14 necesidades humanas básicas, son:

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

Además del modelo, que expresa como deben de ser los cuidados por parte de enfermería, se precisa de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología enfermera. Éste describe cómo deben de organizarse dichos cuidados. Se trata de una herramienta que permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan, en función de las respuestas, el paciente, la familia y la comunidad de una forma individualizada, organizada y lógica. Además de los beneficios que ello aporta, evitando que se pierda el factor humano y sobre todo la satisfacción por parte de enfermería de obtener resultados. Según Rosalinda Alfaro-Lefevre<sup>12</sup> el PAE se define como: *“una forma dinámica y*

*sistematizada de brindar cuidados enfermeros humanísticos, centrados en unos resultados eficaces.”*

Poner en marcha la metodología enfermera requiere del manejo del proceso (PAE) que consta de 5 fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación que son muestra de la aplicación del método científico en los cuidados.

La primera fase, la **Valoración**, se define como “*Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes*”<sup>1</sup>. El objetivo de esta etapa es identificar el estado de salud de la persona en un momento determinado, como afronta y da respuesta a esta situación. Se considera la fase más importante, ya que se recopilan los datos que permiten obtener una información amplia sobre el estado de salud-enfermedad. Fundamentalmente se buscan factores de riesgo que pueden ponerles en una situación de necesidad de cuidados. La obtención de dichos datos se obtiene a partir de fuentes primarias (del propio paciente) o secundarias (allegados del paciente o registros en la historia clínica.) y el tipo de datos pueden ser objetivos, es decir, se pueden recoger a partir de escalas o instrumentos, y subjetivos, que son los que el paciente expresa, sus propios sentimientos. La recogida se realiza a través de la entrevista anamnesis, exploración física, y de la observación, incluyéndose los aspectos bio-psico-sociales de la persona. Durante el proceso recopilatorio de información se realiza igualmente la validación de los mismos, ya que es imprescindible comprobar la coherencia entre lo que el paciente afirma y la enfermera observa para evitar información falsa o errónea. Así mismo debe estar organizada con el fin de poder emitir juicios clínicos precisos y lograr así la identificación de los problemas<sup>4</sup>.

Realizar la valoración por los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas, ya que se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria tanto a nivel individual como familiar o comunitario, y en situaciones de salud o enfermedad y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero<sup>13</sup>.

Gordon<sup>14</sup> define patrones como: “comportamientos comunes a todas las personas, que atribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo”. Además, permiten a la enfermera identificar patrones funcionales, que describen salud y

bienestar, y disfuncionales que describen situaciones que no responden a la salud esperada de una persona, por lo tanto se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad o potencialmente disfuncionales que permitirían identificar problemas de riesgo<sup>1,13</sup>.

La segunda fase del proceso es la de **Diagnóstico**, que se define, según la NANDA-I<sup>15</sup> *“como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.”*

Se clasifican en <sup>13</sup>:

- Reales: Hacen referencia a estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está compuesto por los tres elementos: Problema, etiología y signos y síntomas (PES) y se formulan siguiendo las recomendaciones de NANDA-I, aplicando el formato PES de Gordon.
- De riesgo: Describe respuestas humanas a procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad. En este caso están formados por el problema y etiología (PE). Al no haberse producido todavía la alteración del estado de salud no existen signos y síntomas.
- De promoción de la salud: Basado en el comportamiento motivado por el deseo de la familia, persona o comunidad de aumentar su bienestar. Este tipo de diagnósticos no tiene factores relacionados por lo que la formulación del diagnóstico se realizara con el problema sustentado en signos y síntomas.

NANDA-I<sup>15</sup> está organizada según Taxonomía II en tres niveles <sup>II</sup>: Dominios, Clases y Diagnósticos enfermeros.

Cada uno de ellos se compone de una etiqueta, que proporciona un nombre al diagnóstico, una definición, que proporciona una descripción clara y precisa de la

---

<sup>II</sup> **Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”.

**Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”.

**Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”<sup>15</sup>.

etiqueta, y algunos de ellos las características definitorias, que establecen una relación entre signos y síntomas con que puede presentarse ese diagnóstico y los factores relacionados, que hacen referencia a la causa que provocan dicho diagnóstico<sup>15</sup>.

Además de los diagnósticos enfermeros (que trata enfermería de manera independiente ya que es ella quien identifica y trata, tiene el control y se responsabiliza de obtener los resultados deseados), existen otro tipo de problemas relacionados con la patología el tratamiento o las pruebas diagnósticas llamados de colaboración (PC). Aquí es otro profesional, generalmente el médico, el que posee la responsabilidad y se requiere la colaboración de la enfermera para resolver o reducir dichos problemas. Se formulan empleando terminología médica, y L.J. Carpenito recomienda para su formulación añadir al problema la frase “secundario a...” seguida de la causa médica que lo genera<sup>15</sup>.

Una vez concluida la valoración y formulación del diagnóstico se procede a la tercera fase, **Planificación**, que consiste en la elaboración de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas de salud del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería<sup>14</sup>. Esta etapa se desarrolla en diferentes fases: En primer lugar se realiza la priorización de los problemas, empleando el pensamiento crítico y razonamiento clínico, basándose en la pirámide de Maslow\* (Anexo 1), después para la formulación de resultados esperados la taxonomía NOC y para las intervenciones enfermeras la taxonomía NIC, orientadas a prevenir la aparición de la enfermedad<sup>13, 15</sup>.

La taxonomía NOC<sup>16</sup> consta de 5 niveles<sup>III</sup>: Dominios<sup>II</sup>, clases<sup>II</sup>, resultados esperados, indicadores y la escala de medición tipo Likert con un rango de 1 a 5, en la que la puntuación 5 significa la situación o estado más deseado y la puntuación 1 la menos favorable. El uso de la clasificación NOC sirve para medir los resultados esperados a partir de las intervenciones enfermeras y poder mejorar la calidad de los cuidados del paciente.

---

<sup>III</sup> **Resultados esperados** “Describir claramente los resultados esperados promueve la eficiencia”  
**Indicadores:** Se definen como “estado, conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado [...] caracterizan el estado del paciente, familia o comunidad en el nivel concreto”<sup>16</sup>.

La taxonomía NIC<sup>17</sup> consta de 3 niveles <sup>IV</sup>: Campos, clases e intervenciones. Éstas últimas pueden ser dependientes, indicadas por otros profesionales, interdependientes que desarrolla la enfermera con la colaboración de otro profesional, e independientes, prescritas y evaluadas por los profesionales de enfermería. Una vez definidas las intervenciones se seleccionan las actividades más adecuadas para cada proceso.

Descrita la fase de planificación se inicia la fase de **Ejecución** es la cuarta etapa, donde se realizan todas las actuaciones enfermeras y se pondrá en práctica el plan de cuidados elaborado, así como la continuidad de la recogida y el registro de los cuidados aplicados<sup>2</sup>. Los registros deben ser objetivos y estar diseñados correctamente para asegurar que responden a las necesidades del paciente. Además sirve para una buena defensa en caso querellas y retos legales. Los profesionales de enfermería deben ser capaces de utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas del paciente y tomar mejores decisiones ante posibles contingencias que se puedan presentar<sup>10</sup>.

La última fase del proceso enfermero corresponde a la **Evaluación** del plan de cuidados realizado, en el que el profesional evalúa de forma continua el progreso hacia la independencia, desde su situación inicial, es decir, los logros de los resultados establecidos para el individuo. Determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario realizar algún cambio en el Plan de Cuidados para que la atención resulte más efectiva.<sup>2</sup>

---

<sup>IV</sup> **Campos:** Son 7 fisiológico básico y complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad.

**Clases:** Más concretas e identificadas con letras. Ver definición página 8

**Intervenciones:** Son los tratamientos llevados a cabo por la enfermera que están fundamentados en el conocimiento enfermero y juicio crítico con el fin de favorecer el resultado esperado. Cada intervención, a su vez, se concreta con actividades<sup>17</sup>.

#### **4. DESARROLLO: Elaboración del plan de cuidados**

Una vez establecido el marco teórico del trabajo y explicada la metodología, para obtener experiencia de aprendizaje que ayuden a desarrollar el pensamiento crítico en la forma de decisiones, se plantea un caso clínico simulado considerando lo que señala Alfaro<sup>18</sup> “Ayuda a pensar por uno mismo”.

##### **Descripción del caso**

Mujer de 35 años de edad que trabaja como profesora y de nivel socio económico es medio - alto. Es diagnosticada y tratada de Enfermedad de Crohn hace 10 años, no presentando alergias medicamentosas (NAMC). Una hermana diagnosticada de Colitis Ulcerosa en el 2002.

Acude a consulta de Atención Primaria por encontrarse mal desde hace días, con fiebre, dolor abdominal intenso y rectorragia. Refiere una pérdida de peso de 6 kg aproximadamente desde hace un mes, pudiendo ser compatible con un brote de su enfermedad. Cuando en la entrevista clínica se profundiza un poco más sobre su estado de salud, comenta sentirse cansada y deprimida alternando esto con episodios de ansiedad e intranquilidad, por la dificultad que tiene para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD), se mide mediante la escala de Barthel. (Anexo 2)

A su llegada al centro, es preciso valorar el dolor abdominal por lo que se le aplica la Escala de Visual Analógica (EVA) (Anexo 3) obteniéndose, en un rango de 0 a 10, un resultado de 9 puntos (el peor dolor imaginable).

A partir de este dato se decide realizar, una valoración (obtención de información de su estado a través del propio paciente, de familiares y de la historia clínica entre otros) y varias pruebas complementarias, para determinar la intensidad del brote y la situación actual de su salud.

Actualmente en tratamiento con Infliximab<sup>1</sup> (Anexo 4) tras varios intentos con tratamientos convencionales y no conseguir ninguna mejoría.

Una vez analizados todos los datos obtenidos de la valoración en base a los 11 patrones funcionales de Gordon, se desarrollará un plan de cuidados individualizado considerando las taxonomías NANDA-I, NOC, NIC. A continuación se detallaran en tablas los principales patrones funcionales y disfuncionales, para una persona con la enfermedad de Crohn y en tratamiento con anti-TNF en fase de reagudización<sup>19</sup>.

**Tabla 1. 11 patrones funcionales de Marjory Gordon**

<p><b><u>PATRÓN 1</u></b> <b>Percepción- Manejo de la salud</b></p>	<p>Conocer la propia concepción de salud que tiene el individuo, como percibe su estado de salud, incluyendo sus hábitos y estilos de vida, prescripciones terapéuticas y actividades de promoción y prevención de la misma.</p>	<p>FUNCIONAL</p>
<p><b><u>PATRÓN 2</u></b> <b>Nutricional- Metabólico</b></p>	<p>Conocer el consumo de alimentos y líquidos del individuo en relación con sus necesidades metabólicas, incluyendo también la observación del estado de la piel, membranas, mucosas y dientes.</p>	<p><b>DISFUNCIONAL</b> (Pérdida de peso 6 kg. Apetito disminuido, anemia)</p>
<p><b><u>PATRÓN 3</u></b> <b>Eliminación</b></p>	<p>Conocer los patrones de función excretora de la persona, incluyendo intestinal, vesical y a través de la piel.</p>	<p><b>DISFUNCIONAL</b> (Diarrea, deposición mucosa y sanguinolenta, dolor abdominal)</p>
<p><b><u>PATRÓN 4</u></b> <b>Actividad y reposo</b></p>	<p>Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Incluyendo actividades de la vida diaria, cantidad y tipo de actividad física, actividades recreativas y factores que interfieran en la realización de estas.</p>	<p><b>DISFUNCIONAL</b> (Cansada por recidiva de enfermedad, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria)</p>
<p><b><u>PATRÓN 5</u></b> <b>Sueño- Descanso</b></p>	<p>Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluyendo la cantidad y la calidad percibida de sueño y reposo, y ayudas para conseguir esto.</p>	<p>FUNCIONAL</p>
<p><b><u>PATRÓN 6</u></b> <b>Cognitivo- Perceptivo</b></p>	<p>Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona, incluyendo la situación de los sentidos sensoriales y la utilización de sistemas de compensación o prótesis.</p>	<p><b>DISFUNCIONAL</b> (Dolor abdominal agudo, malestar físico, cansado e irritable)</p>
<p><b><u>PATRÓN 7</u></b> <b>Autopercepción- Autoconcepto</b></p>	<p>Describe los patrones de autoconcepto y percepción del ánimo, incluyendo la actitud de la persona hacia su propia imagen, hacia sí misma, su patrón emocional, realizando especial hincapié en la comunicación verbal y no verbal.</p>	<p>FUNCIONAL</p>

<p><b><u>PATRÓN 8</u></b> <b>Rol-Relaciones</b></p>	<p>Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones, incluyendo el propio papel que desempeña el individuo y las relaciones tanto sociales como familiares que mantiene.</p>	<p>FUNCIONAL</p>
<p><b><u>PATRÓN 9</u></b> <b>Sexualidad-Reproducción</b></p>	<p>Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona, incluyendo satisfacción y trastornos de la sexualidad.</p>	<p>FUNCIONAL</p>
<p><b><u>PATRÓN 10</u></b> <b>Afrontamiento-Manejo del estrés</b></p>	<p>Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. Incluyendo la propia capacidad de la persona para resistir ataques de la integridad, manejo del estrés y sistemas de soporte y ayuda para esto.</p>	<p><b>DISFUNCIONAL</b> (Estrés, ansiedad, irritabilidad)</p>
<p><b><u>PATRÓN 11</u></b> <b>Valores y creencias</b></p>	<p>Describe el patrón de los valores y creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la toma de decisiones, incluyendo cosas percibidas como importantes en la vida, percepción de calidad en esta, conflictos importantes con valores y creencias, y expectativas relacionadas con la salud.</p>	<p>FUNCIONAL</p>

Fuente: elaboración propia.

Una vez identificados los patrones disfuncionales, se procederá a formular los diagnósticos enfermero utilizando la taxonomía NANDA-I, con los correspondientes resultados esperados (NOC) e intervenciones (NIC) y actividades asociadas.

Las taxonomías NNN se encuentran interrelacionadas, ayudan a la enfermera a disponer de un lenguaje común estandarizado y a seleccionar los resultados e intervenciones más adecuadas para los diagnósticos de enfermería de los pacientes<sup>20</sup>.

Los vínculos entre los diagnósticos NANDA I y las intervenciones NIC sirven para relacionar el problema existente del paciente y la actuación de la enfermera

para resolver o minimizar dicho problema. Los vínculos entre los resultados NOC y las intervenciones NIC para resolver el problema, es decir, el resultado que se espera corregir con las intervenciones<sup>21</sup>.

A continuación, tras la valoración por patrones, se presentan las tablas con los Diagnósticos de Enfermería, los resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC) y actividades derivadas de los problemas detectados en este paciente.

A partir de este momento y para evitar la repetición constante de las referencias bibliográficas de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC quedarán reflejadas de la siguiente manera: NANDA-I<sup>15</sup> NOC<sup>16</sup> NIC<sup>17</sup>

Los diagnósticos que a continuación se señalan están contrastados con autores como por Teresa Luis Rodrigo<sup>20</sup>.

Taxonomía <b>NANDA I</b> <sup>15</sup>	
<b>Dominio 2:</b> Nutrición	<b>Clase 1:</b> Ingestión
<b>Etiqueta:</b> 00002 <b>Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades</b> (Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas).	
<b>DE:</b> Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades <sup>20</sup> r/c incapacidad para digerir los alimentos m/p diarrea y pérdida de peso.	

Taxonomía <b>NOC</b> <sup>16</sup>	
<b>Dominio II</b>	Salud fisiológica: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
<b>Clase K</b>	Digestión y nutrición: Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de un individuo.
<b>Resultado esperado</b>	1009 <b>Estado nutricional: Ingestión de nutrientes</b> Ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas
<b>Indicadores</b>	Ingestión: 100902 proteica100907 de hierro100908 de calcio
<b>Escala<sup>I</sup> Likert</b>	Nivel de la escala <sup>II</sup> : 3 OBJETIVO: Aumentará el valor en un punto cuando desaparezca la diarrea

Escala Likert <sup>I</sup>: Inadecuado (1), ligeramente adecuado (2), moderadamente (3), sustancialmente (4) y completamente adecuado (5).

Nivel de la escala <sup>II</sup>: Porcentaje obtenido de la comparación de esta mujer con mujeres de la misma edad pero sanas

<b>Taxonomía NIC<sup>17</sup></b>	
<b>Campo 1</b>	Fisiológico: Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
<b>Clase D</b>	Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.
<b>Intervención</b>	<b>5614 Enseñanza: dieta prescrita</b> Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.
<b>Actividades</b>	Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general Informarle de cuánto tiempo se debe seguir la dieta, de los alimentos permitidos y prohibidos, de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos. Informar a la familia sobre la ingestión de alimentos mediante charlas.
<b>Intervención</b>	<b>1120 Terapia nutricional:</b> Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que esta desnutrido o con alto riesgo de desnutrición.
<b>Actividades</b>	Elegir suplementos nutricionales. Proporcionar al paciente alimentos nutritivos ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.

Taxonomía <b>NANDA I</b> <sup>15</sup>	
<b>Dominio 3:</b> Eliminación e intercambio	<b>Clase 2:</b> Función gastrointestinal
<b>Etiqueta:</b> 00013 Diarrea (Eliminación de heces líquidas, no formadas).	
<b>DE:</b> Diarrea <sup>20</sup> r/c inflamación m/p eliminación de al menos tres deposiciones líquidas al día y dolor abdominal.	

Taxonomía <b>NOC</b> <sup>16</sup>	
<b>Dominio II</b>	Salud fisiológica: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
<b>Clase F</b>	Eliminación: Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona
<b>Resultado esperado</b>	0500 <b>Continencia intestinal</b> Control de la eliminación de heces procedente del intestino.
<b>Indicadores</b> <b>Escala <sup>III</sup> Likert</b>	050009 Responde a la urgencia de manera oportuna. Nivel de la escala <sup>II</sup> : 4 OBJETIVO: Mejorar hasta el valor 5 la continencia intestinal.  050019 Va al aseo de manera independiente. Nivel de la escala <sup>II</sup> : 5 OBJETIVO: Mantener el nivel 5

Escala Likert<sup>III</sup>: *Nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)*

Taxonomía <b>NIC</b> <sup>17</sup>	
<b>Campo 1</b>	Fisiológico: Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
<b>Clase B</b>	Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.
<b>Intervenciones</b>	<p>0430 <b>Control intestinal</b> Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.</p> <p>0460 <b>Manejo de la diarrea</b> Tratamiento y alivio de la diarrea.</p>
<b>Actividades</b>	<p>Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. Enseñarle los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado. Realizar una prueba de sangre oculta en heces.</p> <p>Pesar regularmente al paciente. Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas de diarrea. Enseñarle a eliminar los alimentos flatulentos o picantes de la dieta.</p>

Taxonomía <b>NANDA I</b> <sup>15</sup>	
<b>Dominio 4:</b> Actividad y reposo	<b>Clase 4:</b> Respuestas cardiovasculares/pulmonares
<b>Etiqueta:</b> 00092 <b>Intolerancia a la actividad</b> (Falta de energía filológica o psicología suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas).	
<b>DE:</b> Intolerancia a la actividad <sup>20</sup> r/c debilidad generalizada m/p expresa fatiga.	

Taxonomía <b>NOC</b> <sup>16</sup>	
Dominio I	Salud funcional: Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.
Clase C	Movilidad: Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.
Resultado esperado	0204 <b>Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas</b> Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física
Indicadores Escala <sup>IV</sup> Likert	020404 Estado nutricional Valor de la escala <sup>II</sup> : 2 OBJETIVO: Aumentará el valor en tres puntos cuando desaparezca la inmovilidad fisiológica.

Escala Likert<sup>IV</sup>: Gravemente comprometido (1) hasta nada comprometido (5)

Taxonomía <b>NIC</b> <sup>17</sup>	
Campo 1	Fisiológico: Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
Clase A	Control de actividad y ejercicio; Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y gasto de energía.
Intervenciones	<p>0180 <b>Manejo de la energía</b> Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p> <p>0200 <b>Fomento del ejercicio</b> Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p>
Actividades	<p>Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.</p> <p>Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.</p> <p>Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.</p> <p>Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.</p> <p>Ayudar al individuo a establecer las metas a corto o largo plazo del programa de ejercicios.</p>

Taxonomía <b>NANDA I</b> <sup>15</sup>	
<b>Dominio 9:</b> Afrontamiento / tolerancia al estrés	<b>Clase 2:</b> Respuesta de afrontamiento
<b>Etiqueta:</b> 00146 <b>Ansiedad</b> (Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza).	
<b>DE:</b> Ansiedad <sup>20</sup> r/c cambios en el estado de salud m/p dolor abdominal.	

Taxonomía <b>NOC</b> <sup>16</sup>	
Dominio III	Salud psicosocial; resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
Clase N	Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida.
Resultado esperado	1300 <b>Aceptación: estado de salud</b> Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud
Indicadores Escala <sup>V</sup> Likert	130017 Se adapta al cambio en el estado de salud 130010 Afrontamiento de la situación de la salud Valor de la escala: 3 OBJETIVO; Aumentara en 5 cuando cambie las circunstancias de salud.

Escala Likert <sup>V</sup>: Nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)

Taxonomía <b>NIC</b> <sup>17</sup>	
Campo 3	Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.
Clase T	Fomento de la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.
Intervenciones	<p><b>5820 Disminución de la ansiedad</b> (Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados no una fuente no identificada de peligro previsto).</p> <p><b>6040 Terapia de relajación simple</b> (Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular y ansiedad).</p>
Actividades	<p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p> <p>Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p>Evaluar y registrar la respuesta a la técnica de relajación.</p>

Taxonomía <b>NANDA I</b> <sup>15</sup>	
<b>Dominio 12:</b> Confort	<b>Clase 1:</b> Confort físico
<b>Etiqueta:</b> 00132 <b>Dolor agudo</b> (Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, International Association for the Study of Pain; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses).	
<b>DE: Dolor agudo</b> <sup>20</sup> r/c <b>agentes lesivos físicos</b> m/p <b>expresa dolor.</b>	

Taxonomía <b>NOC</b> <sup>16</sup>	
Dominio V	Salud percibida: Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y asistencia sanitaria del individuo.
Clase V	Sintomatología: Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión y pérdida de una persona.
Resultado esperado	<b>2102 Nivel del dolor</b> Intensidad del dolor referido o manifestado.
Indicadores Escala <sup>VI</sup> Likert	210201 Dolor referido                      210224 Muecas de dolor 210225 Lagrimas  Valor de la escala <sup>II</sup> : 3 <b>OBJETIVO:</b> Aumentara en 5 cuando desaparezca el dolor.

Escala Likert <sup>VI</sup>: Grave (1) Sustancial (2), Moderado (3), Leve (4), Ninguno (5)

Taxonomía <b>NIC</b> <sup>17</sup>	
Campo 1	Fisiológico: Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
Clase E	Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.
Intervenciones	1400 <b>Manejo del dolor</b> Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
Actividades	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/duración, calidad intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Enseñar los principios del manejo del dolor.

Además de los Diagnósticos de Enfermería se presentan las siguientes Complicaciones Potenciales o problemas de colaboración (CP):

**CP: Infección secundaria a su proceso y al tratamiento intravenoso**

Objetivo; Evitar la transmisión de enfermedades en un paciente de riesgo

NIC: 6540 Control de infecciones

Actividades;

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos
- Poner en práctica precauciones universales.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

**CP: Flebitis o Extravasación secundaria a tratamiento intravenoso.**

Objetivo: Mantener el punto de punción sin manifestaciones de flebitis mientras dura el tratamiento intravenoso.

NIC: 4235: Flebotomía: vía canalizada.

Actividades:

- Determinar el tipo de catéter venoso a colocar.
- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
- Mantener las precauciones universales.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

## 5. CONCLUSIONES

- El abordaje de las personas con enfermedad de Crohn en tratamientos biológicos requiere impulsar el trabajo en equipo multidisciplinar, formado por diferentes profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes que garantizan la continuidad en los cuidados con la participación del paciente y de su entorno.
- Los planes de cuidados individualizados permiten identificar los problemas, plantear unos resultados esperados e intervenciones de enfermería. Con la utilización de dicho plan se puede proporcionar una atención integral y de calidad según las necesidades de la persona y lograr la máxima autonomía lo que repercute en su calidad de vida.
- A partir del modelo y de la metodología se elaboran los Planes de Cuidados, herramienta básica y primordial en la actividad diaria del personal de enfermería, utilizando un lenguaje estandarizado e interrelacionando las taxonomías.
- El uso de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, permiten a los profesionales de enfermería valorar los resultados logrados y es importante para mejorar la calidad de la atención prestada al usuario.

## 6. **BIBLIOGRAFIA**

1. Fernandez-Lasquetty Blanc B. Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NOC, NIC. 2º edición. Madrid: DAE (Grupo Paradigma); 2014.
2. Carneiro Mussi, Fernanda, Santana Freitas, Kátia and Almeida MoraesGibaut, Mariana De Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort. IndexEnferm, Jun 2014, vol.23, no.1-2, p.65-69. ISSN 1132-1296.
3. Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibañez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ªed. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, España; 2010.
4. Real Decreto 1093/2010 de 3 de Septiembre de 2010. Boletín oficial del estado nº 225. Ministerio de Sanidad y Política Social. (16 de Septiembre de 2010).
5. Decreto 38/2012 de 13 de marzo de 2012. Boletín Oficial del País Vasco nº 65. Departamento de Sanidad y Consumo. (29 de marzo de 2012).
6. Pérez Tárrago C, Puebla Maestu A, Miján de la Torre A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutrición hospitalaria. 2008. (2/06/2015); 23 (5): 417-27.  
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n5/revision.pdf>
7. Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C, Louro González A. Enfermedad de Crohn La Coruña. Elseiver; 2005[actualizado el 18 de Enero de 2012]: 10/03/2015.  
Disponible en:<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-crohn/>
8. Saro Gismera C. ¿Por qué está aumentando la incidencia de la EICI?. Enfermedad inflamatoria intestinal al día; Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón. 2010; 9(3): 139-49.  
Disponible en: <http://www.eiialdia.com/2011/01/vol-9-num-3-revisiones-por-que-esta-aumentando-la-incidencia-de-la-eici/>
9. García Sieiro R. Dieta para pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal,  
Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. La Coruña. Fisterra. [actualizado el 11 de Marzo de 2009]; 14/03/2015.  
Disponible en: [http://www.fisterra.com/salud/2dietas/colitis\\_ulcerosa.asp](http://www.fisterra.com/salud/2dietas/colitis_ulcerosa.asp)

10. Abreu García L, Aceituno Quintanilla M, Alos Company R, Arranz Sanz E, Balboa Rodríguez A, Benages Martínez A et al. Enfermedad inflamatoria intestinal. 3ªed.Madrid: Aran; 2007.
11. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2º edición. Barcelona 2000 Masson.
12. Prescripción enfermera. [actualizado 5 de febrero de 2015; acceso 20/06/2015] Noticias. Clasificación completa de diagnósticos enfermeros NANDA-I 2012-2014; [aproximadamente 14 pantallas]. Disponible en: Disponible en: <http://prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2012-2014>.
13. Oreja Vázquez ML, Alegre de Vega C. *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. Norte de Salud Mental (La Rioja). 2008 (14/05/2015); 31: 20-26. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830490.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830490.pdf)*
14. Prescripción enfermera. [acceso 12/06/2015] Apuntes de metodología y terminología NANDA-NOC NIC. Tema 5. Etapa de planificación.[aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: [prescripcionenfermera.com/apuntes/.../tema-5-etapa-de-planificacion](http://prescripcionenfermera.com/apuntes/.../tema-5-etapa-de-planificacion)
15. Heather Herdman T. NANDA International: diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. 6º edición. Barcelona: Elseiver; 2012-2014.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados de salud. 5º edición. Barcelona: Elseiver; 2013.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6º edición. Barcelona: Elseiver; 2013.
18. Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2009) Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería 4ta. Edición, trad. María Teresa Luis Rodrigo. Barcelona, España. Elsevier Masson.
19. Gordon M. Diagnóstico de Enfermería: Proceso y Aplicación. 3ª ed. St. Louis: Ed. Mosby-Year Book; 1994.
20. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. Elseiver 2008 Barcelona.
21. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA- I y diagnósticos médicos: soporte para

el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3º edición.  
Barcelona: Elseiver; 2012.

22. Benavente MA, Ferrer E. Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid. DAE.2001.
23. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. Esp Salud Pública. 1997; 71:127-137.
24. Howell D. Beadle M. Brigneil A. Deachman M. Lackenbauer H. Palozzi L. et al. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Valoración y manejo del dolor. Toronto RNAO: 2002.
25. Nos Mateu, P. & Clofent Vilaplana, J. (2011). Tratamiento en las enfermedades gastroenterológicas. Sección III, Enfermedad de Crohn, Capítulo 25 (p. 300). Asociación Española de Gastroenterología. ELSEVIER, España. ISBN: 9788475927220.

Disponible en:

[http://www.ovegastro.org/pdf/libros/tratamiento\\_enfermedades/tratamiento\\_enfermedades.pdf](http://www.ovegastro.org/pdf/libros/tratamiento_enfermedades/tratamiento_enfermedades.pdf)

26. Portal de la Conselleria de sanitat. (2011). Escala de Norton modificada por el Insalud. Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salud.

Disponible en; <http://www.san.gva.es/docs/dac/dacanexos.pdf>

## Anexo I: Pirámide de Maslow

La pirámide de Maslow, formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).



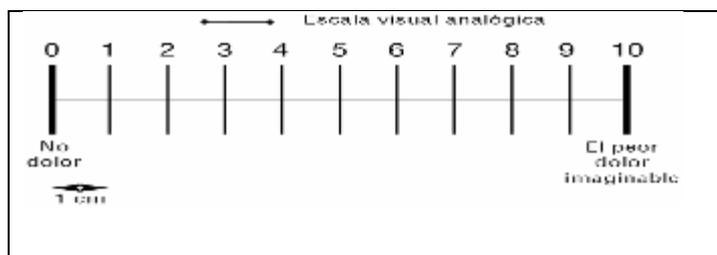
Fuente: Fundamentos de enfermería<sup>22</sup>

## Anexo II: Índice de Barthel

<b>COMIDA</b>	10: Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	5: Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	0: Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
<b>ASEO</b>		5: Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	0: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
<b>VESTIDO</b>	10: Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	5: Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	0: Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
<b>ARREGLO</b>		5: Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	0: Dependiente. Necesita alguna ayuda.
<b>DEPOSICIÓN</b>	10: Continente. No presenta episodios de incontinencia.	5: Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	0: Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
<b>MICCIÓN</b>	10: Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.).	5: Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.	0: Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
<b>IR AL RETRETE</b>	10: Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	5: Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	

Fuente: Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel<sup>23</sup>.

### Anexo III: Escala visual analógica (EVA). Evaluación del dolor



Graduación del dolor: de 1 a 3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.

Fuente: Guía de buenas prácticas de enfermería. Valoración y manejo del dolor<sup>24</sup>.

### Anexo IV: Determinaciones a realizar antes de la administración de anti-TNF:

Necesarios:	Optativos
-Marcadores de virus de la hepatitis B	-Marcadores de virus de la hepatitis C
-Serología VIH	-Anticuerpos antinucleares
-Estudio de las heces (coprocultivo, parásitos)	-Tránsito baritado intestinal o enterorresonancia (ante sospecha de estenosis establecida)
-PPD (con booster). Radiografía de tórax	
-TC abdominal (ante sospecha de absceso)	

Fuente: Tratamiento en las enfermedades gastroenterológicas<sup>25</sup>.

## Anexo V: Escala de Norton

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

### ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.

PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO

PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.

PUNTUACION MAYOR DE 14 ----- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Fuente: Escala de Norton modificada por el insalud<sup>26</sup>.